



Pandémie grippale A/H1N1v en 2009 : comment les médecins généralistes hauts normands ont-ils adapté leur pratique ? (enquête auprès de 89 médecins généralistes)

Paul Ho

► To cite this version:

Paul Ho. Pandémie grippale A/H1N1v en 2009 : comment les médecins généralistes hauts normands ont-ils adapté leur pratique ? (enquête auprès de 89 médecins généralistes). Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00770357

HAL Id: dumas-00770357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770357>

Submitted on 5 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2012

N°

Thèse pour le doctorat en médecine

Spécialité : Médecine Générale

par

M. HO Paul

né le 04 avril 1975 à Vietnam

présentée et soutenue publiquement le 06 septembre 2012

**Pandémie grippale A/H1N1v en 2009 : comment les
médecins généralistes hauts normands ont-ils
adapté leur pratique?
(enquête auprès de 89 médecins généralistes)**

Directeur de thèse : Dr LEFEBVRE Emmanuel

Jury :

Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup	Président
Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie	Juge
Monsieur le Professeur BONMARCHAND Guy	Juge
Madame le Professeur MARIE Isabelle	Juge
Monsieur le Docteur LEFEBVRE Emmanuel	Juge

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2012

N°

Thèse pour le doctorat en médecine

Spécialité : Médecine Générale

par

M. HO Paul

né le 04 avril 1975 à Vietnam

présentée et soutenue publiquement le 06 septembre 2012

**Pandémie grippale A/H1N1v en 2009 : comment les
médecins généralistes hauts normands ont-ils
adapté leur pratique?
(enquête auprès de 89 médecins généralistes)**

Directeur de thèse : Dr LEFEBVRE Emmanuel

Jury :

Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup	Président
Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie	Juge
Monsieur le Professeur BONMARCHAND Guy	Juge
Madame le Professeur MARIE Isabelle	Juge
Monsieur le Docteur LEFEBVRE Emmanuel	Juge

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 ~ 2012
U.F.R. DE MEDECINE~PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESSEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉMme Dominique **LANIEZ**

UFR

Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR

Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A Monsieur le Professeur Jean Loup
HERMIL,*

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez bien voulu
porter à ce travail, pour votre générosité dans le temps
consacré à mon parcours d'internat et pour la qualité de vos
enseignements,*

*Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et
de mon profond respect.*

*A Monsieur le Maître de conférence Emmanuel
LEFEBVRE,*

Vous avez suivi ce travail depuis l'origine,

*Votre disponibilité, la pertinence de vos remarques, votre
sympathie et votre patience ont été très appréciées,*

*Je vous prie d'accepter le témoignage de ma profonde
gratitude et de mes remerciements les plus sincères.*

A Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY,

A Madame le Professeur Isabelle MARIE,

A Monsieur le Professeur BONMARCHAND Guy,

Vous avez répondu à mes sollicitations et manifesté votre intérêt pour ce sujet,

Vous me faites l'honneur de considérer et de juger ce travail,

J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes.

Je vous prie d'accepter l'expression de mes remerciements et de ma profonde reconnaissance et de respect.

A mon Maître le Professeur Jean François BÉCRET,

Qui m'a beaucoup soutenu et cru en mes capacités durant les années précédentes où j'étais sous son apprentissage,

J'espère cette fois-ci me montrer digne de sa confiance et des espoirs qu'il avait placés en moi.

Je remercie mon Maître de tout mon cœur et lui adresse toute ma gratitude pour son enseignement prodigué.

Ba Má Anh Hai Dũng Kính mến, con đề tặng gia đình cuốn bậc đại học. Lòng yêu của Cha mẹ và Anh giúp con nhiều mấy năm nay, và làm cho được lý tưởng của con. Con cảm ơn rất nhiều, thương mến Ba Mẹ Anh Dũng và muốn làm cho lòng vui, sung sướng, quý phái !

A mon grand ami Alexandre, dans mes moments de doutes et de perte de confiance tu as su trouver les mots virils pour me faire dépasser mes limites. Sache que tu as toute mon amitié et ma gratitude et j'espère te rendre l'appareil un jour.

A ma chère Delphine, la réalisation de cette thèse a été possible grâce à tes encouragements et à ton aide si précieuse. Je te remercie de tout mon cœur et je suis très chanceux de t'avoir comme amie.

A mes chers amis Malgaches Mahery et Ony, ma réussite réside dans votre grande amitié et votre soutien, vous avez toute ma reconnaissance et mon amitié indéfectible.

A mes chers amis Marocains Aziz et Ibtissam, votre intérêt et vos encouragements à ma concrétisation dans ma vie me touche énormément, et je vous remercie du fond du cœur.

A mon cher ami Antony, pour tes conseils, tes encouragements et ton aide, je t'adresse ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

Une pensée spéciale d'amitié à Mylène.

A ma chère Caroline, tu m'as beaucoup soutenu dans mon épreuve. Tes «coups de fouets» m'ont énormément boosté, aies toute ma reconnaissance. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité.

A ma chère Hayet, je te remercie énormément pour tes encouragements et ton aide dans la concrétisation de mon travail.

A Brigitte, à Yannick de l'Observatoire de Vie Étudiante, recevez mes remerciements pour votre aide et votre sympathie.

Une dédicace toute particulière à Clarisse, tu es la fleur d'Espérance pour moi et si j'ai réussi à surmonter mes faiblesses, c'est grâce à toi ! Merci.

Sommaire

1. Introduction	6
<u>1.1. Présentation des virus de la grippe</u>	6
1.1.1. Définition	6
1.1.2. Contexte	6
1.1.3. Origine de la nouvelle souche A/H1N1v	7
1.1.4. Données générales sur la grippe A/H1N1v	8
<u>1.2. Recommandations de prévention et de lutte contre la pandémie A/H1N1v</u>	9
1.2.1. Mesures de prise en charge destinées aux professionnels de santé	9
1.2.2. Campagnes d'information menées par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et/ou l'Agence Régionale de la Santé (ARS)	10
<u>1.3. Chronologie de la grippe A/H1N1v</u>	10
<u>1.4. Bilan de la pandémie</u>	15
1.4.1. Dans le monde	15
1.4.2. En France	15
1.4.3. En Haute Normandie	15
<u>1.5. Implication des médecins généralistes en cas de crise épidémique</u>	17
<u>1.6. Sujet de notre étude</u>	18

2. Matériel et méthode	20
<u>2.1. Matériel</u>	20
2.1.1. Participants	20
2.1.2. Démographie des médecins généralistes en Haute Normandie. Situation en 2009	20
<u>2.2. Méthode</u>	22
2.2.1. Objectif de l'étude	22
2.2.2. Questionnaire	22
2.2.2.1. Protection personnelle	22
2.2.2.2. Organisation matérielle au cabinet	22
2.2.2.3. Organisation des soins au cabinet	22
2.2.2.4. Information des soignants	23
2.2.3. Procédure de recueil des données	23
2.2.3.1. Serveur Sphinx	23
2.2.3.2. Mise en ligne internet	23
2.2.4. Analyse statistique	24
3. Résultats	25
<u>3.1 Taux de réponse</u>	25
<u>3.2. Caractéristiques des médecins</u>	25
<u>3.3. Protection personnelle</u>	27

3.3.1. Recours au vaccin	27
3.3.2. Utilisation des masques	28
3.3.3. Lavage des mains	30
3.3.4. Fréquence de lavage des mains	30
3.3.5. Produits de désinfection des mains	30
3.3.6. Saluer en se serrant les mains.....	30
<u>3.4. Organisation matérielle au cabinet</u>	31
3.4.1. Approvisionnement en masques	31
3.4.2. Hygiène du cabinet	32
<u>3.5. Organisation des soins au cabinet</u>	33
3.5.1. Réorganisation du cabinet	34
3.5.2. Prise de température	36
3.5.3. Utilisation des antiviraux en curatif	36
3.5.4. Avis du médecin a posteriori sur la décision de prescription en curatif	37
3.5.5. Utilisation des antiviraux en prophylaxie	38
3.5.6. Avis du médecin a posteriori sur la décision de prescription en prophylaxie	40
<u>3.6. Information des soignants</u>	41
<u>3.7. Croisement des données obtenues</u>	42

3.7.1. Expérience (années d'exercice)	42
3.7.2. Mode d'exercice (groupe/individuel)	43
3.7.3. Département	43
3.7.4. Secrétariat	44
3.7.5. Formation médicale A/H1N1v	44
3.7.6. Se sentir préparé à la pandémie A/H1N1v.....	45
3.7.7. Fournisseur d'équipements de protection.....	46
 4. Discussion	 54
 <u>4.1. Limites de notre travail</u>	 54
 <u>4.2. Protection personnelle</u>	 55
 <u>4.3. Organisation matérielle au cabinet</u>	 59
 <u>4.4. Organisation des soins au cabinet</u>	 61
 <u>4.5. Information des soignants</u>	 65
 <u>4.6. Synthèse des propositions</u>	 66
 5. Conclusion	 67
 6. Bibliographie	 69
 7. Annexes	 76

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

FMC : Formation Médicale Continue

GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

SARS (ou SRAS) : Severe Acute Respiratory Syndrome (*syndrome respiratoire aigu sévère*)

SHA : Solution Hydro Alcoolique

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1. Introduction

En 2009, une grippe d'une nouvelle souche de type A/H1N1v est déclarée par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) comme étant la pandémie du XXI^{ème} siècle.

Ayant été confronté en stage à l'exercice de la médecine générale et ayant abordé l'actualité de la grippe A/H1N1v avec des confrères en 2009, l'idée m'est venue d'interroger les médecins généralistes libéraux haut normands sur la façon dont ils ont géré cette crise sanitaire. Mon étude s'est intéressée aux attitudes déclarées des médecins généralistes haut normands lors de la pandémie A/H1N1v de 2009.

1.1. Présentation des virus de la grippe

1.1.1. Définition

La grippe est une infection virale respiratoire aiguë contagieuse. Les virus grippaux se subdivisent en différents types A, B, C. Les virus A et B sont des gripes saisonnières, la grippe A étant la plus fréquente [1].

Une épidémie de grippe humaine est due à des changements génétiques mineurs appelés glissement («drifts») dans les souches circulant chez l'homme.

Une pandémie est engendrée par une nouvelle souche virale générée soit par un changement génétique majeur appelé cassure («shift») soit par passage direct d'une souche virale animale à l'homme [2].

1.1.2. Contexte

Chaque année, l'épidémie de grippe saisonnière affecte environ 5 à 15% de la population mondiale, est responsable d'environ 3 à 5 millions de cas sévères et de 250 000 à 500 000 décès [2].

Des pandémies grippales sont décrites à des intervalles allant de 10 à 50 ans, avec une gravité et un impact variables [3]. Le XX^{ème} siècle a connu trois pandémies (tableau 1) qui ont provoqué des millions de décès.

Tableau 1 : Les pandémies du XX ème siècle [2]

Pandémie	Années	Virus	Décès estimés dans le monde
Grippe «espagnole»	1918-1919	A(H1N1)	>50 Millions
Grippe «asiatique»	1957-1958	A(H2N2)	2 à 4 Millions
Grippe de Hong Kong	1968-1969	A(H3N2)	-1 Millions

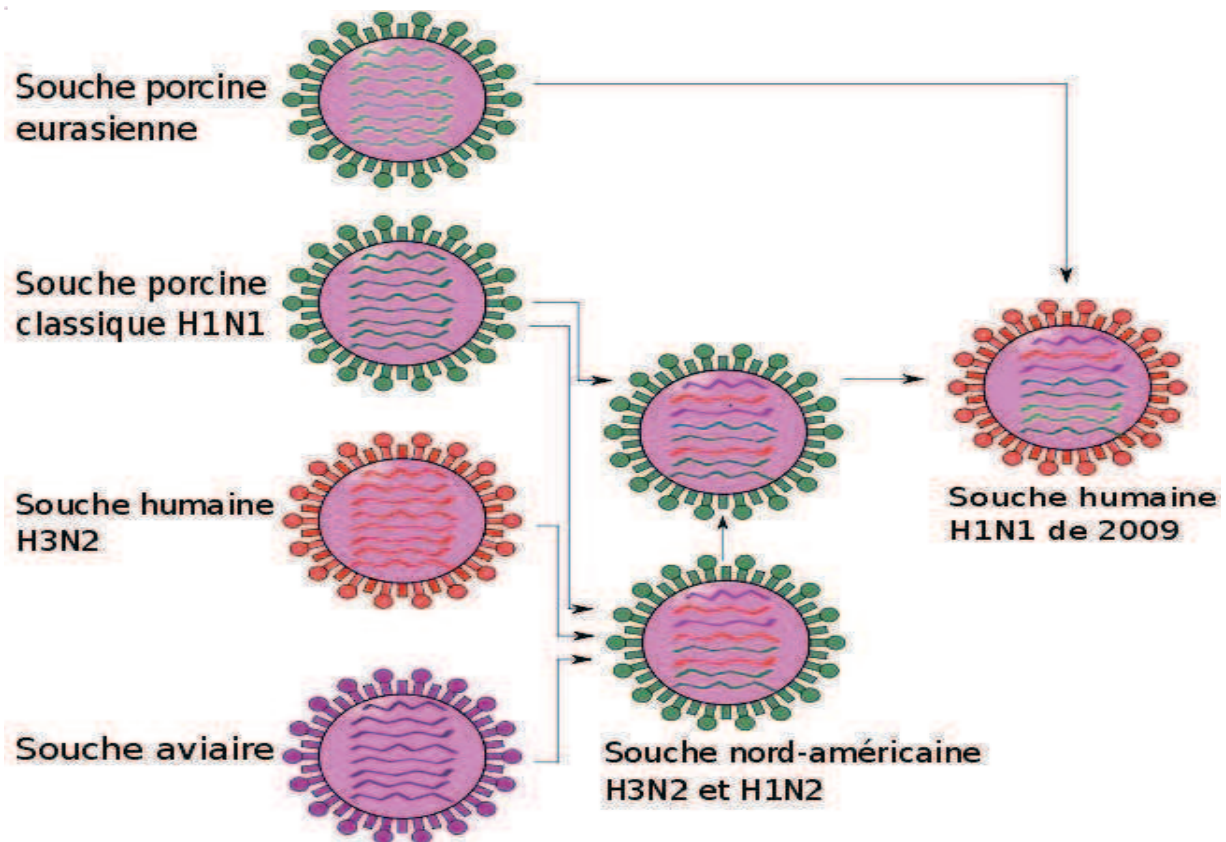
Source : Institut de Veille Sanitaire. INVS. Principales caractéristiques épidémiologiques. Nouveau virus influenza A(H1N1). 20 mai 2009.

1.1.3. Origine de la nouvelle souche A/H1N1v [2]

Le virus A/H1N1v a été créé à partir de la combinaison de quatre virus différents (figure 2) :

- la grippe porcine Nord-américaine
- la grippe porcine d'Europe et d'Asie
- la grippe aviaire Nord-américaine
- la grippe humaine du type A et sous type H3N2

Figure 2 : Origine de la nouvelle grippe A/H1N1v



Source : grippe-actu.fr

1.1.4. Données générales sur la grippe A/H1N1v

Au départ, ce nouveau virus A/H1N1v représentait un risque majeur conduisant l'OMS à le déclarer comme la pandémie grippale attendue du XXI^{ème} siècle, étant donné que le système immunitaire de l'homme ne possédait pas d'anticorps correspondants aux nouveaux antigènes portés par ce virus.

Effectivement, le virus de la grippe A/H1N1v s'est répandu sur l'ensemble des continents en 11 semaines [4]. L'épidémie a été très vite médiatisée dans le monde du fait de la rapidité de propagation du virus (au 20 mai 2009, 10 367 cas dont 82 décès ont été confirmés biologiquement dans 41 pays [2]) mais aussi du fait que le virus touchait de manière prépondérante les enfants et les jeunes adultes en bonne santé, sans facteurs de risque, avec possibilité de complications graves et/ou de décès. Les autorités de santé publique craignaient que le taux d'attaque (*nombre de cas infectés rapportés à la population pendant le phénomène épidémique*) soit plus élevé que

celui de la grippe saisonnière. En l'absence de mesures de protections sanitaires, le risque étant que le nombre de décès puisse s'élever à des millions de personnes.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) avait modélisé sur la base historique des précédentes pandémies l'impact d'une nouvelle pandémie sur la population française. Le bilan français pouvait compter de 9 à 21 millions de malades, de 91 000 à 212 000 décès. 500 000 à 1 000 000 de personnes pouvaient développer des complications nécessitant l'hospitalisation [5].

1.2. Recommandations de prévention et de lutte contre la pandémie A/H1N1v

Suite à l'émergence du virus aviaire H5N1 en 1997 et à sa propagation en 2005 depuis l'Asie du Sud-Est vers plusieurs régions du monde, l'OMS a élaboré en 1999 un plan mondial de préparation et d'action contre une éventuelle pandémie du type H5N1. Ce plan a fait l'objet de mise à jour en 2005 puis en 2007 [3, 6].

Chaque État se devait d'adapter le plan de l'OMS au niveau national en prévoyant des mesures de prévention, de protection et de surveillance en cas de menace de pandémie grippale.

En France, les prévisions concernant la vague pandémique A/H1N1v faisaient état d'une durée de sept mois avec un pic hivernal en 2009. Pour limiter l'expansion du virus, les autorités françaises devaient agir en déclenchant des mesures et des recommandations sanitaires destinées à la population et aux professionnels de santé [5].

1.2.1. Mesures de prise en charge destinées aux professionnels de santé

En France, les médecins généralistes (MG) libéraux étaient invités à suivre certaines mesures résumées ci-dessous [7, 8, 9] :

Phase de prise en charge ambulatoire en médecine libérale (à partir du 23 juillet) :

- rappeler les mesures d'hygiène et de lavage des mains.
- mettre en salle d'attente des masques anti-projections à disposition des patients présentant un syndrome grippal: toux, fièvre >38°C, courbatures...
- équiper la salle d'attente de solutions hydro alcooliques (SHA).
- proscrire les jouets et magazines en salle d'attente.
- aérer le cabinet régulièrement.

- réserver des plages horaires de consultations «grippe».
- créer des espaces d'isolement des patients grippés dans la mesure du possible.
- protéger le personnel impliqué avec les masques FFP2 et la SHA.
- orienter les cas aggravés vers le Centre 15.

Les consultations hospitalières spécifiques «grippes» devaient prendre en charge les cas présentant des signes de gravité (notamment les enfants avec signe de gravité ou avec facteur de risque de complications et les nourrissons de moins de 1 an grippé ou en contact étroit avec une personne grippée) avec la prescription d'un traitement antiviral.

1.2.2. Campagnes d'information menées par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et/ou l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Des séances d'information sur la grippe H1N1v ont été menées auprès des médecins libéraux.

En Seine Maritime, 10 séances d'information se sont tenues et ont réuni environ 600 médecins libéraux dans la première quinzaine d'Août 2009.

Dans l'Eure, des séances similaires ont eu lieu dans l'ensemble du département au plus près des acteurs des soins (Vernon, Bernay, Gaillon, Fleury s/ Andelle...)

1.3. Chronologie de la grippe A/H1N1v

1.3.1. Mars 2009 : grippe *Mexicaine*

L'OMS a déclenché l'alerte de niveau 3 (Tableau 4) fin mars 2009 lorsqu'une nouvelle souche virale hybride animal/humain, nommée initialement la «grippe porcine», est apparue au Mexique et s'est montrée capable de provoquer des infections humaines en plusieurs foyers dans l'État de Veracruz.

1.3.2. Avril 2009 : alerte OMS niveau 5

Dès lors que le virus A/H1N1v s'est étendu aux États Unis, l'OMS s'est inquiétée de la forte contagiosité interhumaine avec extension géographique rapide et de la létalité du virus qui touchait essentiellement des sujets jeunes en bonne santé. L'OMS a élevé en conséquent l'alerte au niveau 5 le 29 avril (Tableau 4).

En France, un protocole de prise en charge systématique en milieu hospitalier est mis en place (du 25 avril au 22 juin). Ce dispositif a eu pour objectif d'assurer le diagnostic virologique, la surveillance de l'évolution clinique, une thérapeutique antivirale systématique ainsi que l'isolement des premiers patients atteints [9].

Tableau 4 : Description des phases pandémiques de l'OMS

Phases OMS ²		Situations du plan français
<i>Période à transmission animale prédominante.</i>		
<i>phase 1</i>	Pas de nouveau virus grippal animal circulant chez l'homme	<i>Situation 1</i> Pas de nouveau virus grippal animal circulant chez l'homme
<i>phase 2</i>	Un virus animal, connu pour avoir provoqué des infections chez l'homme, a été identifié sur des animaux sauvages et domestiques.	<i>Situations 2.</i> Épizootie à l'étranger - situation 2A Épizootie en France - situation 2B
<i>phase 3</i>	Un virus grippal animal ou hybride animal-humain provoque des infections sporadiques ou de petits foyers chez des humaines, sans transmission interhumaine.	<i>Situations 3</i> Cas humains isolés à l'étranger - situation 3A en France - situation 3B
<i>Période d'alerte pandémique (pré-pandémique)</i>		
<i>phase 4</i>	Transmission interhumaine efficace.	<i>Situations 4</i> Début de transmission interhumaine efficace à l'étranger - situation 4A en France - situation 4B
<i>Période pandémique</i>		
<i>phase 5</i>	Extension géographique de la transmission interhumaine d'un virus grippal animal ou hybride animal-humain.	<i>Situations 5</i> Extension géographique de la transmission interhumaine du virus à l'étranger - situation 5A en France - situation 5B
<i>phase 6</i>		<i>Situation 6</i> Pandémie
<i>Fin de vague et fin de pandémie</i>		
<i>phases</i>	- post-pic (fin de vague pandémique) : décroissance du nombre des cas dans la plupart des Etats. Possibilité d'une nouvelle vague pandémique ; - post-pandémique : le nombre de cas correspond à ceux d'une grippe saisonnière.	<i>Situations 7</i> Fin de vague pandémique ou fin de pandémie.

Source : Plan national «Pandémie grippale» 2009

1.3.3. Mai 2009 : premiers cas de grippe A/H1N1v en France

Le 1er mai 2009, la France a déclaré les premiers cas A/H1N1 importés du Mexique sur son territoire [10].

1.3.4. Juin 2009 : alerte de niveau 6

Le 11 juin 2009, la directrice générale de l'OMS, Madame Margaret Chan, a élevé l'alerte à son niveau maximal (niveau 6) car la circulation du virus était désormais mondiale [11].

A cette date, la France n'a recensé encore que quelques cas importés, elle a activé la cellule interministérielle de crise et étendu son protocole national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale à un niveau 5A. La phase de prise en charge « mixte » est activée (22 juin au 22 juillet) [9] et a consisté à :

- réguler les appels des cas de grippe par le SAMU-centre 15.
- mettre en place des consultations hospitalières spécifiques «grippe».
- réserver l'hospitalisation aux cas sévères.

1.3.5. Juillet et Août 2009 : grippe saisonnière en hémisphère austral

Dans l'hémisphère Sud, la vague épidémique A/H1N1v s'est développée durant l'hiver austral en co-circulation avec des virus influenza et des virus à tropisme respiratoire. La durée de la vague a été de 8 à 12 semaines, comparable à celle des épidémies saisonnières [4].

En France, le virus a commencé à circuler activement dans la population. Les médecins libéraux allaient être au centre de la prise en charge. La France est passée alors à la «phase de prise en charge en médecine ambulatoire» à partir du 23 juillet 2009 [9] (cf. 1.2.1).

La ministre de la santé Madame Roselyne Bachelot a adopté le principe de précaution [12, 13] en passant une commande de 94 millions de doses de vaccins [14] en prévision de l'arrivée de la vague épidémique A/H1N1 à l'automne.

Les masques anti-projections sont livrés aux pharmacies d'officine à partir du stock d'État via les grossistes répartiteurs. Ils sont délivrés gratuitement aux patients. L'oseltamivir est livré aux pharmacies et est remis sous ordonnance du médecin [15].

1.3.6. Septembre 2009 : programme de vaccination

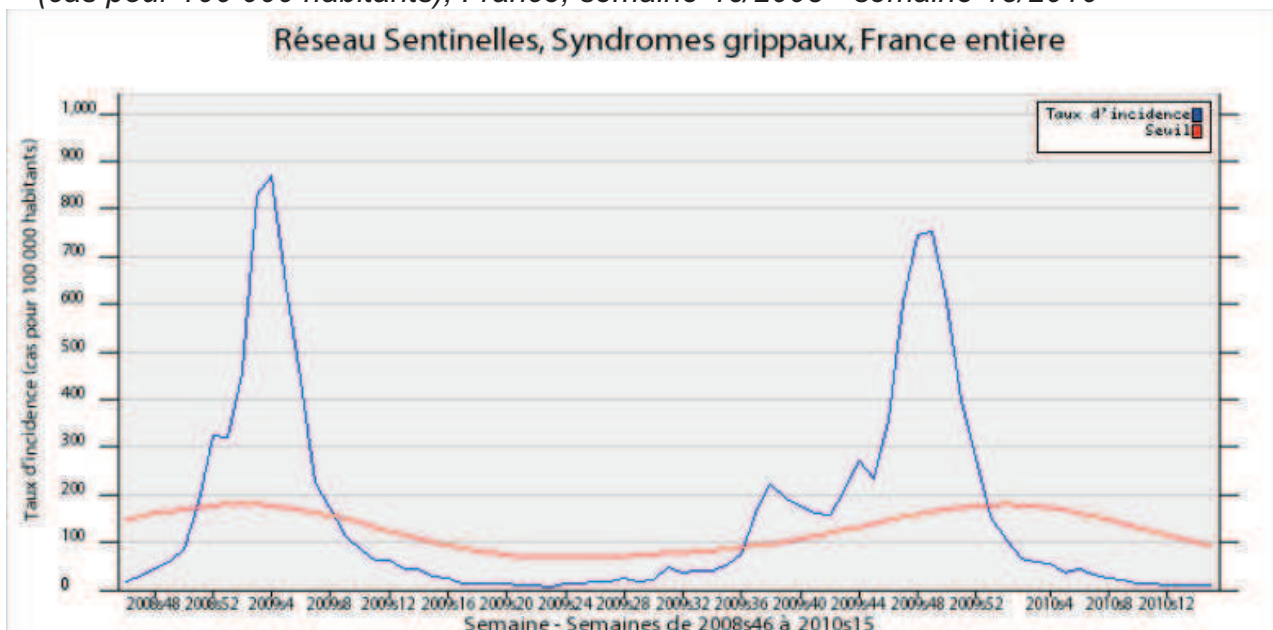
Au mois de septembre, l'Europe est entrée en période grippale saisonnière. A cette période, des incertitudes ont concerné la cinétique, le taux d'attaque, le délai jusqu'au pic épidémique et le nombre de vagues de la grippe A/H1N1v. Les autorités publiques ont adopté une attitude de prudence.

En France, certains scientifiques ont remis en question la stratégie du gouvernement en critiquant la démesure de la commande des 94 millions de vaccins [12, 13, 16, 17]. Les professionnels de la santé ont émis des doutes plus ou moins justifiés sur l'innocuité de ces vaccins [18, 19, 20].

1.3.7. Octobre 2009 : phase de croissance de l'épidémie A/H1N1v en France

L'épidémie a démarré plus tôt que prévu par rapport aux épidémies saisonnières (généralement en décembre). La phase de croissance a débuté en semaine 41/2009 (du 5 au 11 octobre). Les réseaux sentinelles, GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe), SOS médecins et OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) ont mis en évidence une augmentation franche de l'activité grippale en octobre (Figure 5).

Figure 5 : Taux d'incidence hebdomadaire des consultations pour syndrome grippal (cas pour 100 000 habitants), France, semaine 46/2008 - semaine 15/2010



Source : InVS bulletin hebdomadaire épidémiologique grippe n°93

1.3.8. Novembre 2009 : ouverture des centres de vaccination de masse

Les médecins du secteur ambulatoire sont invités prioritairement dès le 2 novembre à se faire vacciner dans les établissements de santé proche du domicile.

L'ouverture des centres de vaccination destinés à la population française a eu lieu le 12 novembre.

La population est demeurée réticente à la campagne de vaccination. Les Français doutaient de la nécessité et de l'innocuité de la vaccination et de la gravité de la grippe A/H1N1v [13]. Cette réticence était amplifiée par le fait que les médecins généralistes étaient exclus de leur rôle de vaccinateur [13, 21] dans leur cabinet comme ils avaient l'habitude de le faire avec les gripes saisonnières. En effet, cette fois-ci, les pouvoirs publics ont préféré organiser une vaccination de masse dans des centres de santé pour des raisons économiques et logistiques [13, 21].

1.3.9. Janvier 2010 : décroissance de l'épidémie

L'InVS a affirmé que la courbe épidémique de la grippe A/H1N1v ressemblait à une épidémie saisonnière. La courbe a commencé sa décroissance vers la semaine 50/2009 (7 au 12 décembre) (Figure 5). La deuxième vague épidémique attendue par les autorités sanitaires n'aura pas eu lieu.

Fin janvier, les centres de vaccination ont fermé leurs portes. La couverture vaccinale de la population, avec ses 5,35 millions de vaccinés, a été un échec pour le gouvernement [13, 22].

Par la suite, le virus n'est plus détecté que de façon sporadique dans le monde.

1.4. Bilan de la pandémie

1.4.1. Dans le monde

Au final, l'OMS a estimé plus de 18209 décès imputables à la grippe A/H1N1v répartis sur 214 pays et territoires [23].

1.4.2. En France

L'InVS a estimé que 24% de la population française a été infectée par ce virus [10], soit environ 8 à 14 millions de Français. Le ministère de la santé a communiqué 1334 cas graves et 312 décès notifiés depuis le début de l'épidémie [24]. Avec le recul, cette pandémie A(H1N1)2009 a été modérée et jugée même moins sévère qu'une grippe saisonnière. Le taux de la couverture vaccinale a été faible (8,23% soit 5,35 millions de personnes [13,22]).

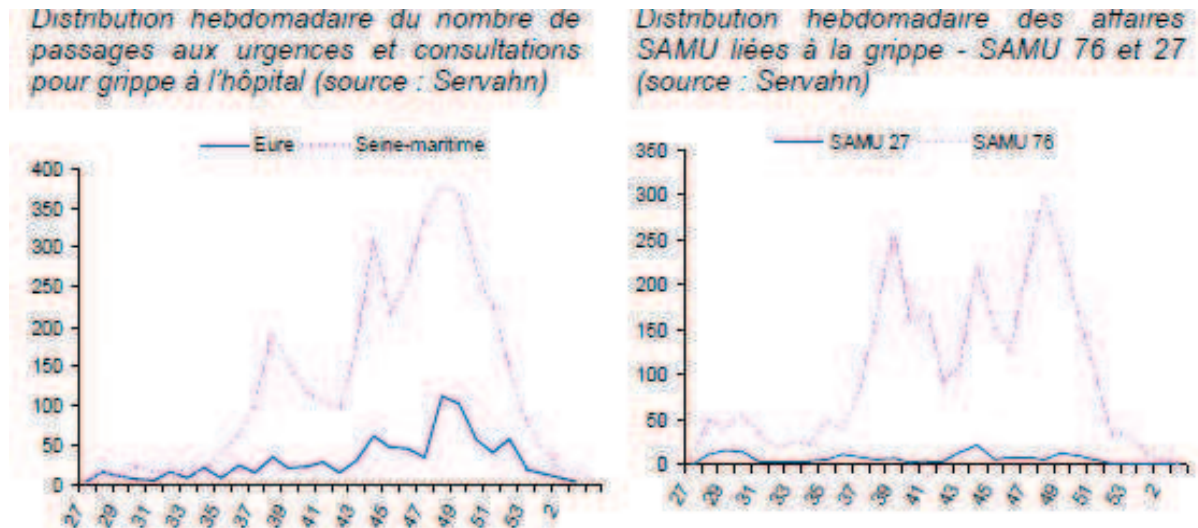
1.4.3. En Haute Normandie [25]

En se basant sur l'activité des médecins hauts normands libéraux et hospitaliers liée à la grippe A/H1N1v, nous nous apercevons que le pic d'activité a atteint 10,1% à la semaine 48 /2009 (27 novembre – 04 décembre); la Seine Maritime (76) a concentré la plupart des activités de consultations liées à la grippe au taux de 11,1%, et l'Eure (27) a connu une activité à 7,9% Il s'agissait de la seule vague épidémique, puisque dès mi-décembre, l'épidémie s'est essouffée rapidement. Effectivement, les consultations pour grippe et les passages aux urgences dans les département 76 et 27 sont restés à des niveaux très faibles en janvier 2010 (*Figures 6 ,7 ,8*).

Au total, la région a recensé 30 cas graves* hospitalisés. Six décès liés à la grippe A/H1N1v sont rapportés dont cinq en milieu hospitalier. L'âge médian était de 52 ans (17- 75 ans), trois cas n'avaient aucun facteur de risque. Aucun décès n'est survenu à partir de 2010. (*Un cas grave est défini comme un cas (confirmé ou probable) ayant fait un passage en réanimation, en soins intensifs, ou un cas confirmé décédé à l'hôpital)

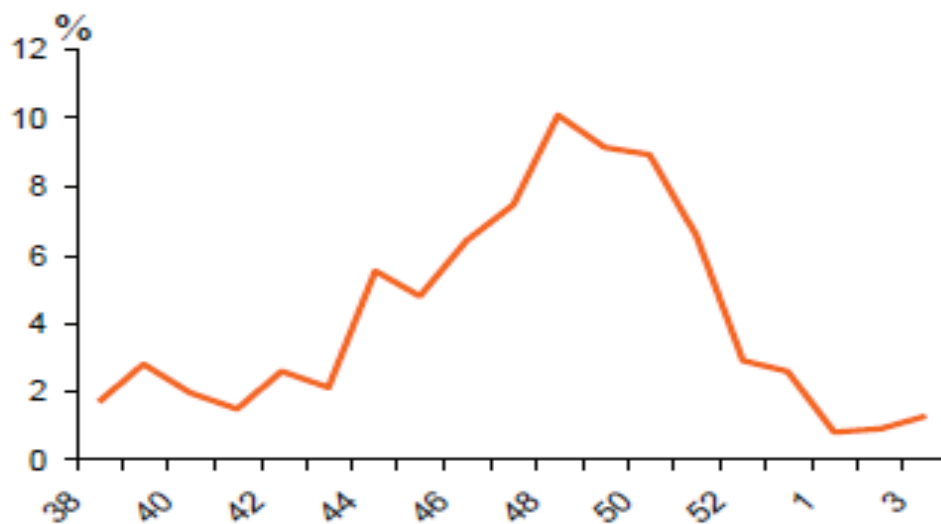
La tendance des indicateurs de la région était conforme à ceux du niveau national.

Figure 6 : Distribution hebdomadaire des consultations liées à la grippe aux Urgences et par le SAMU en Haute Normandie



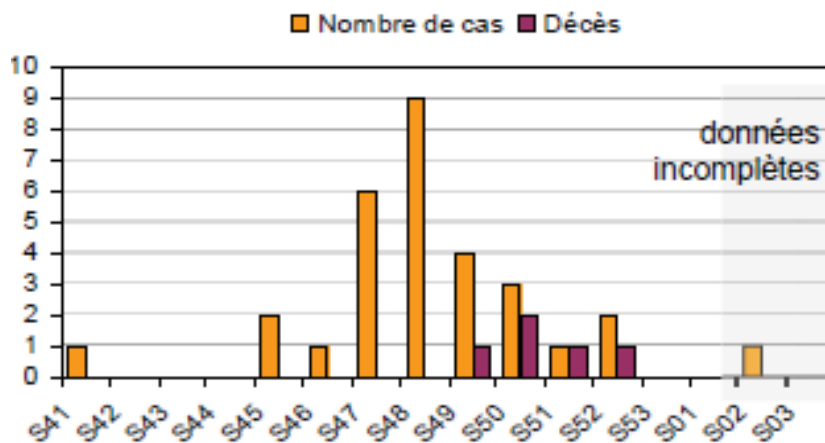
Source : InVS. CIRE. Surveillance épidémiologique en Haute Normandie grippe A(H1N1)2009

Figure 7 : Distribution hebdomadaire de la part d'activité des médecins libéraux du réseau URML- HN (compte 25 médecins) en lien avec la grippe septembre 2009 à janvier 2010



Source : InVS. CIRE. Surveillance épidémiologique en Haute Normandie grippe A(H1N1)2009

Figure 8 : Distribution hebdomadaire du nombre de cas graves hospitalisés pour grippe A(H1N1) et décès à l'hôpital en Haute Normandie de fin septembre 2009 à janvier 2010



Source : InVS. CIRE. Surveillance épidémiologique en Haute Normandie grippe A(H1N1)2009

1.5. Implication des médecins généralistes en cas de crise épidémique

Par le passé, quelques études se sont penchées sur la façon dont les médecins généralistes ont réagi face à des crises épidémiques virales.

Les médecins généralistes hongkongais ont éprouvé une forte anxiété au cours de l'épidémie SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003. Wong WCW et al. [26], ont montré que l'impact de l'anxiété a amené les MG à modifier certaines pratiques cliniques dans leur cabinet. Par exemple, 97,7% des MG ont mis le masque de protection durant les consultations, près de 65% des médecins exposés ont demandé à leur patientèle d'en porter en consultation, la température a été plus souvent mesurée (70%), le staff paramédical a porté des masques (97,8%). Par contre le lavage des mains entre chaque patient a été jugé négligé à 30% et n'a pas été augmenté avec l'exposition ni avec l'anxiété. De même la désinfection régulière des surfaces d'examen n'a pas été augmentée avec l'exposition (même si le score est très satisfaisant 92%). Dans l'ensemble, l'étude a montré que plus les médecins étaient exposés au risque de contamination plus les attitudes de protection étaient significatives. En comparant les MG de Hong Kong et de Toronto, il a été observé que les médecins canadiens ont moins appliqué les mesures de protection car ils étaient moins exposés au SRAS en cabinet de ville [27].

A l'époque de l'épidémie de la grippe aviaire H5N1 en 2005, les auteurs australiens Shaw K. et Anikeeva O. [28,29] ont voulu savoir comment les médecins généralistes australiens se comporteraient s'ils devaient faire face à une pandémie grippale future. La plupart a justifié leur rôle comme un devoir moral et éthique à assumer les consultations durant la crise, même si leur responsabilité de protéger d'abord leurs familles était mise en balance avec leur devoir professionnel. Les répondants ont reconnu l'intérêt de l'usage des protections personnelles (masques, gants) pour eux et pour l'équipe paramédicale. Ils se souciaient plus de la protection de leur famille que de la leur; leurs proches devant bénéficier en priorité des antiviraux prophylactiques. Ils ont précisé que c'était le rôle du gouvernement de distribuer l'équipement de protection y compris les antiviraux. Ils créeraient des pièces-isoloirs pour des patients grippés, reporteraient des consultations non urgentes pour les consultations grippe, minimiseraient le contact physique avec les patients en consultation et seraient disposés à suivre une formation dédiée à la grippe.

Collins N. [30, 31] a résumé le rôle-clé du MG dans la préparation d'une prochaine pandémie grippale. Trois axes de stratégies se dégagent :
Premièrement il est important que le ministère de la santé véhicule des messages clairs et cohérents pour les médecins via le réseau local tel que le syndicat des médecins ou l'union des médecins libéraux; ces derniers devant organiser des formations continues (support humain).
Deuxièmement, il est nécessaire d'établir des procédures pratiques auxquelles le médecin peut se référer pour son exercice lors de la crise pandémique.
Enfin, il est nécessaire de préparer des réserves d'équipements de protection et de médicaments antiviraux disponibles pour les médecins, leur personnel et leur famille.

Le médecin généraliste australien Eizenberg P. [32] a évalué la performance des MG australiens confrontés à la pandémie A/H1N1v à Victoria (Australie). Là aussi, il a insisté sur la nécessité de l'équipement de protection personnel (masques, gants, produits antiseptiques, antiviraux). Il a reproché le retard de distribution aux cabinets des médecins généralistes et l'insuffisance de cet équipement de protection. Selon lui, les antiviraux prophylactiques doivent être utilisés en pré et post- exposition notamment par tout le personnel médical du cabinet, car en cas d'absence, le MG ne peut pas assurer correctement les consultations. Enfin, l'auteur a préconisé une amélioration du temps-réponse des tests virologiques au laboratoire afin d'aider les MG dans la stratégie de prescription des antiviraux.

1.6. Sujet de notre étude

Toutes ces publications ainsi que les plans gouvernementaux insistent sur l'implication des médecins de premier recours. Les médecins généralistes jouent un rôle-clé dans la surveillance, la détection, la prévention et la dispensation des soins lors des épidémies grippales. En première ligne, ils sont les plus exposés au risque de contamination et de propagation du virus. Enfin, ils sont les plus aptes à fournir

des informations sur les mesures préventives acceptables à mettre en œuvre au cabinet.

La pandémie A/H1N1v terminée, nous nous sommes interrogés sur la façon dont les médecins généralistes hauts normands avaient modifié leurs pratiques.

Nous avons cherché à savoir s'ils avaient appliqué des mesures barrières, modifié leurs pratiques de soins, recouru aux antiviraux.

Nous nous sommes posés aussi la question de leur adhésion aux mesures recommandées et des sources d'information auxquelles ils avaient eu recours.

2. Matériel et Méthode

2.1. Matériel

2.1.1. Participants

Notre étude concernait les MG exclusifs en cabinet libéral dans la région Haute Normandie.

2.1.2. Démographie des médecins généralistes en Haute Normandie. Situation en 2009 [33]

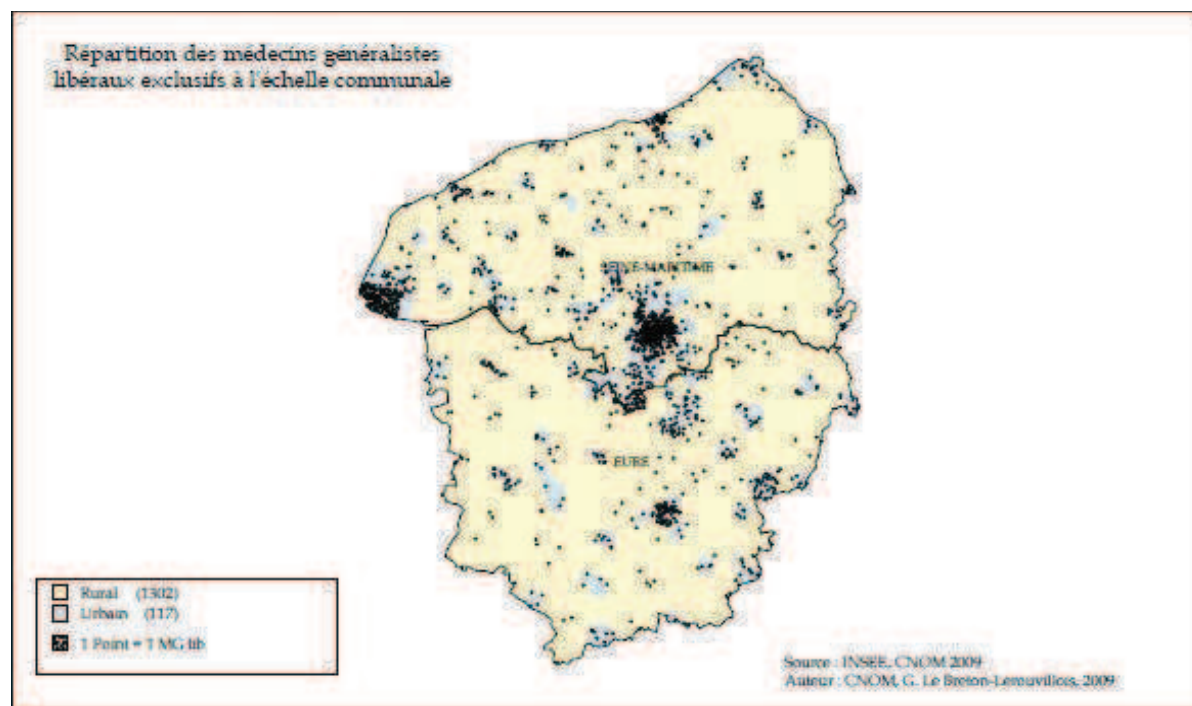
La Haute Normandie comptait 3153 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre dont 1419 libéraux exclusifs. Les médecins libéraux exclusifs étaient majoritairement répartis en zone rurale (1302 soit 91,75%). La seconde partie exerçait en zone urbaine Rouen, le Havre et Évreux (117 soit 8,25%) (Tableaux n°9, 10). La moyenne d'âge des médecins était d'environ 52 ans, avec un taux de féminisation de 28% (Tableau n°11).

Tableau n°9 : Répartition démographique et statut professionnels des médecins généralistes hauts normands

	Eure	Seine-Maritime	Total
Retraité	133	350	483
Retraité "Actif"	8	32	40
Temporairement sans activité	27	37	64
Remplaçant	36	157	193
Activité régulière	605	1768	2373
Total	809	2344	3153

Source : CNOM. Atlas de la démographie médicale en Haute Normandie 2009

Carte n°10 : Répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs à l'échelle communale



Source : CNOM. Atlas de la démographie médicale en Haute Normandie 2009

Tableau n° 11 : Densité, moyenne-âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins généralistes libéraux

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Eure	70,3	52	43%	28%
Seine-Maritime	83,7	52	40%	28%
Haute-Normandie	79,6	52	41%	28%
Métropole	90,7	52	42%	29%

Source : CNOM. Atlas de la démographie médicale en Haute Normandie 2009

2.2. Méthode

2.2.1. Objectif de l'étude

Il s'agissait d'une enquête rétrospective, déclarative et descriptive. Nous avons tenté de savoir si les médecins généralistes en cabinet de ville dans la région Haute Normandie se sont appropriés les mesures préventives face à la pandémie A/H1N1v en accord avec le plan de prévention et de lutte contre la pandémie grippale.

2.2.2. Questionnaire

Le questionnaire est élaboré en 5 parties (*cf annexe*) :

- a) les caractéristiques des médecins
- b) la protection personnelle
- c) l'organisation matérielle au cabinet
- d) l'organisation des soins au cabinet
- e) l'information des soignants

Chaque partie peut comporter des questions à réponses fermées et ouvertes, simples et multiples.

2.2.2.1. Protection personnelle

Le MG est invité à indiquer s'il a pris des mesures vaccinales pour lui même et pour sa famille. D'autre part, s'il a mis en œuvre certains gestes de protection (masques, diminuer le salut en serrant la main) et renforcé d'autres gestes contre la dissémination du virus (lavage de mains, utilisation d'un produit antiseptique).

2.2.2.2. Organisation matérielle au cabinet

L'organisation matérielle détaille l'attitude du médecin pour son approvisionnement en matériel de protection et le renforcement des mesures d'hygiène au cabinet.

2.2.2.3. Organisation des soins au cabinet

L'organisation des soins décrit la réorganisation de son emploi du temps, la création d'espaces d'isolement du patient suspect de grippe en salle d'attente, le port des masques par le patient en consultation, la prise de température, la prescription des antiviraux.

2.2.2.4. Information des soignants

L'information des soignants renseigne sur les sources d'informations sur la grippe A/H1N1v consultées par les médecins et sur leur sentiment d'être préparé ou non à cette pandémie.

2.2.3. Procédure de recueil des données

2.2.3.1. Serveur Sphinx

Le questionnaire a été préalablement soumis à un petit échantillon de MG pour tester la faisabilité et l'enrichir des remarques émises. Ensuite, il a été conçu, hébergé et analysé grâce au *serveur Sphinx* qui est géré par le service de l'Observatoire de la Vie Étudiante.

2.2.3.2. Mise en ligne internet

Les médecins généralistes ont été invités à répondre au questionnaire via internet. Pour ce faire, un courriel d'invitation comportant le lien (ci-dessous) vers le questionnaire a été envoyé à différents réseaux professionnels (notre réseau personnel de confrères, le réseau des maîtres de stage en médecine ambulatoire, l'URML, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins)
<http://sphinx.univ-rouen.fr/brigitte/grippeh1n1/questionnaire.htm>

L'Ordre des médecins a accepté de diffuser notre courriel-d'invitation aux médecins-coordonateurs des gardes de permanence de soins qui à leur tour ont fait la diffusion aux médecins inscrits sur le pool des gardes.

L'URML a mis le lien vers le questionnaire sur la page d'accueil de son site internet.

Nous avons escompté également sur la collaboration de chaque participant pour diffuser vers leurs confrères notre courriel-d'invitation.

Le questionnaire a été mis en ligne entre le 18 novembre 2010 et le 15 février 2011 avec deux relances à 15 jours d'intervalle. Il a été totalement anonyme et confidentiel.

Une déclaration a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour être conforme avec la loi de liberté d'information et d'anonymat.

Une fois l'enquête clôturée, seuls les questionnaires complets ont été retenus. Les réponses recueillies de chaque médecin-participant ont été stockées et analysées par le logiciel Sphinx serveur.

2.2.4. Analyse statistique

La partie «caractéristiques des médecins généralistes» a été analysée avec Epi-Info version 6.

Les données relatives à la protection personnelle, à l'organisation matérielle, à l'organisation des soins et à l'information des soignants sont calculées par le serveur Sphinx.

La dernière analyse est une étude croisée des variables de ces 4 parties avec quelques caractéristiques du médecin tels que les années d'exercice, le mode d'exercice, le type de secrétariat, la participation à une formation spécifique sur la grippe A/H1N1 et le sentiment d'être bien préparé. La significativité de ces résultats est calculée avec le test X chi2 avec un p significatif inférieur à 0,05.

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

Nous avons reçu 89 questionnaires exploitables. Cela a représenté 6,7% des 1419 médecins généralistes libéraux exclusifs de la région.

3.2. Caractéristiques des médecins

(Tableau n°12)

Nous avons observé que l'échantillon était pour 68,5% masculins, comportait 51,7% de médecins âgés de plus de 50 ans. Ils étaient 67,4% à exercer en libéral depuis plus de 10 ans et en cabinet de groupe à 65,2%. Les médecins étaient répartis équitablement dans les deux départements, avec un exercice en milieu urbain à 24,7%. 56,2% des cabinets disposaient d'un secrétariat au cabinet.

Nous avons comparé notre échantillon avec la population des médecins généralistes libéraux hauts normands.

Dans notre échantillon la proportion de médecins généralistes âgés de 40-49 ans, ou bien de plus de 60 ans et le sex ratio étaient comparables à ceux de la population de médecins généralistes hauts normands.

En revanche, la proportion de médecins exerçant en milieu urbain et celle de médecins exerçant dans le département de l'Eure étaient significativement supérieures à celles observées dans la population de MG hauts normands.

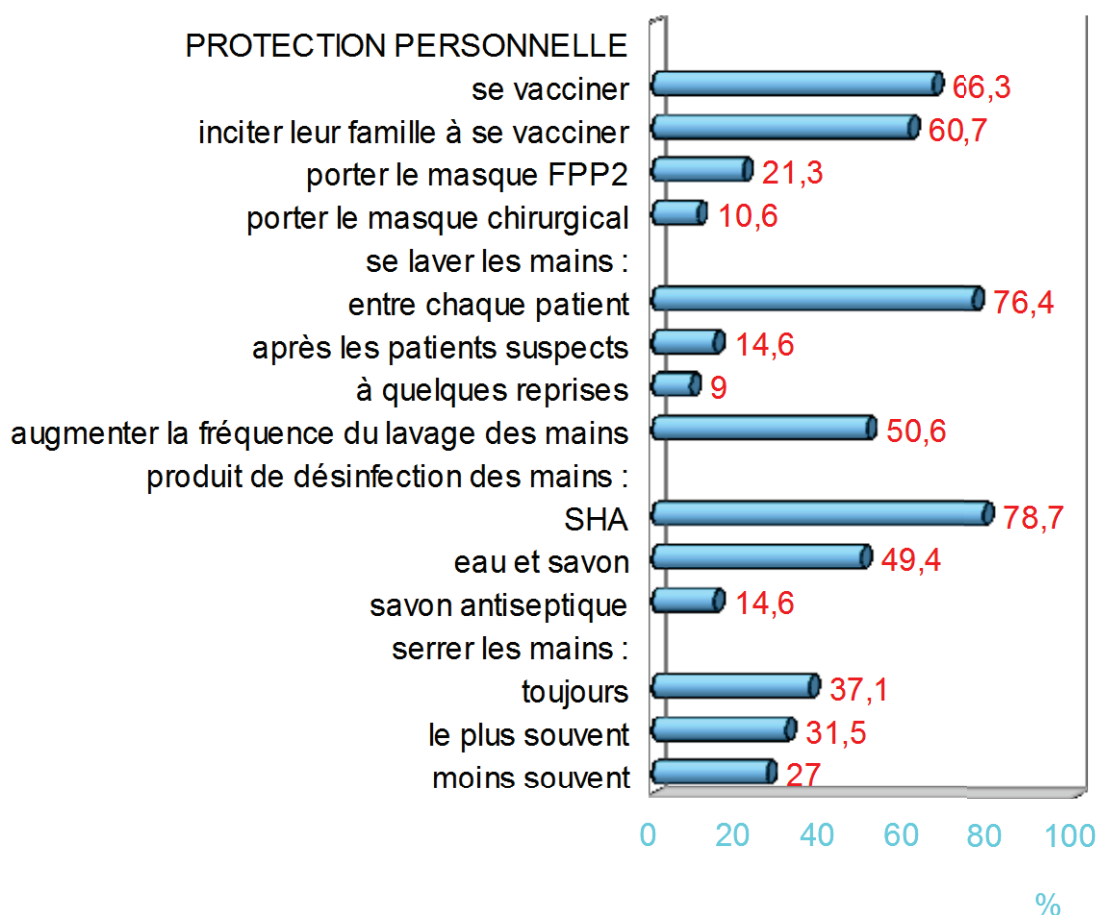
Enfin, nous n'avons pas pu effectuer les comparaisons (du fait de l'absence de donnée) concernant les caractéristiques suivantes: le nombre d'années d'exercice, le mode d'exercice, la présence ou non d'un secrétariat.

Tableau n°12 : Les caractéristiques de l'échantillon étudié des médecins généralistes hauts normands

Caractéristiques	% de l'échantillon	Intervalle de confiance 95%	Population source n=1419 médecins libéraux exclusifs (%)	p
age				
< 40 ans	27 %	[18,1 – 37,4]	10	p<0,05
40 – 49 ans	21,3%	[13,4 – 31,3]	26	p>0,05
50 - 60 ans	34,8%	[25 – 46]	48	p<0,05
>60 ans	16,9%	[9,8 – 26,3]	20	p>0,05
Sexe				
Masculin	68,5%	[57,8–78]	72	p>0,05
Féminin	31,5%	[22,0 –42,2]	28	p>0,05
Année exercice				
< 5 ans	15,7%			
6-10 ans	16,9%			
> 10 ans	67,4%			
Mode exercice				
Seul	34,8%			
Groupe	65,2%			
Type exercice				
Urbain	24,7%	[16,2 – 35]	8	p<0,05
Rural	75,3%	[65 – 83,8]	92	
Département				
Eure	48, 3%	[46,6-67,7]	21	p<0,05
Seine-maritime	51,7%	[37,6-59,2]	79	
Secrétaire				
Aucun	10,1%			
Téléphonique	40,4%			
Au cabinet	56,2%			

3.3. Protection personnelle

Figure 13 : Attitudes et pratiques des médecins hauts normands



3.3.1. Recours aux vaccins

66,3% des médecins se sont vaccinés contre la grippe A/H1N1v principalement par :
– volonté de limiter la transmission du virus (93,2%)
– inquiétude personnelle vis-à-vis de la grippe A/H1N1v (39%)

Les raisons secondaires sont essentiellement :

- la volonté d'éviter la grippe et pouvoir assurer les soins
- l'habitude de se vacciner contre la grippe
- la volonté d'éviter un souci financier en cas de maladie
- le souci de suivre les recommandations officielles

Pour la protection de leur entourage, 54 médecins (60,7%) ont incité leur famille à se faire vacciner pour les mêmes raisons.

Refus de la vaccination

33,7% des médecins interrogés ont donc refusé la vaccination. Leurs principales raisons sont par ordre décroissant :

- *«pas d'inquiétude vis à vis de cette grippe A/H1N1v»* (50%)
- l'accès difficile au vaccin (36,6%)
- la crainte des effets secondaires (26,6%)
- le doute quant à l'efficacité de ces nouveaux vaccins (3,3%)

Les autres raisons sont anecdotiques telles que :

- *«j'ai déjà attrapé la grippe A/H1N1v»*
- *«je ne me vaccine jamais car je crois en mes défenses naturelles»*
- le supposé d'une *immunité antérieure*

Pour des raisons similaires, 39,3% des praticiens n'ont pas incité leurs familles à la vaccination.

3.3.2. Utilisation des masques

Avant la phase de campagne de vaccination de masse, 21,3% ont porté des masques FFP2 et, par défaut, 10,6% des masques chirurgicaux.

Refus du port de masques

Les causes principales du non port des masques sont (Figure 14) :

- une mauvaise tolérance pour la grande majorité des répondants: *«difficulté de garder le masque pendant 12H de travail»* ; *«pas commode pour consulter»*
- la difficulté d'approvisionnement
- l'inefficacité alléguée de la protection

Nous avons remarqué que les masques FFP2 étaient davantage mal tolérés que les masques chirurgicaux (45,7% contre 32,2%), que les masques chirurgicaux étaient jugés moins efficaces que les masques FFP2 (27,1% contre 8,6%).

Les raisons secondaires du refus sont similaires pour les deux types de masques et se résument à :

– l'impression de ne pas voir de cas de grippe ou que c'était une grippe considérée comme bénigne :

«danger inexistant avant la phase de campagne de vaccination»

«épidémie peu grave»

«quelle utilité si pas d'épidémie?»

«pas de cas de grippe A/H1N1v rencontré»

«pas d'inquiétude vis à vis de cette grippe A/H1N1v»

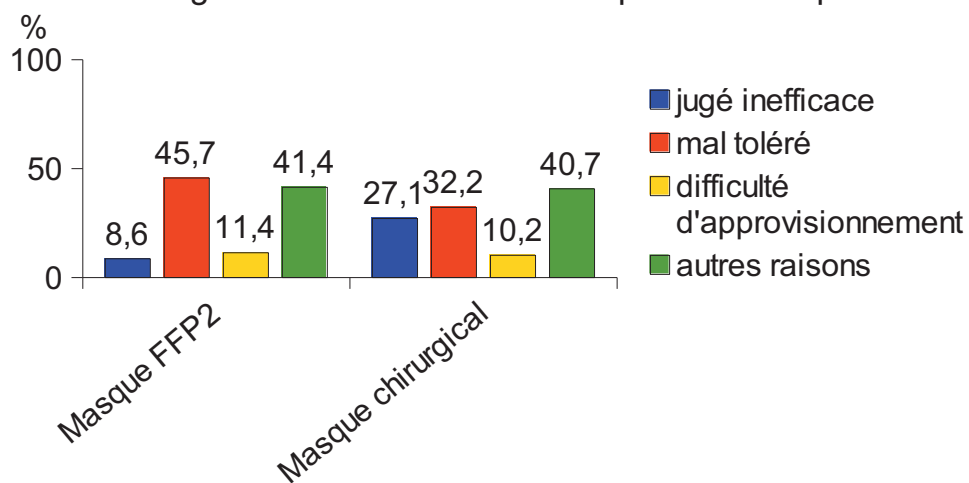
– *«les patients portaient déjà leurs masques à la consultation»*

– *«j'avais déjà attrapé la grippe»*

– *«je ne voulais pas participer à l'hystérie gouvernementale»*

– *«par habitude je n'en porte pas»*

Figure 14 : Les raisons du non port des masques



3.3.3. Lavage des mains

76,4% des médecins ont déclaré se laver les mains *entre chaque patient*. Cette proportion monte à 91 % lorsque le patient est suspect de grippe.

3.3.4. Fréquence du lavage des mains

Pour 45 répondants (50,6%) la fréquence du lavage des mains a augmenté avec la pandémie A/H1N1v.

3.3.5. Produits de désinfection des mains

Les médecins peuvent utiliser un ou plusieurs produits de désinfection des mains. Ils ont utilisé la SHA (78,7%), l'eau et savon (49,4%) et le savon antiseptique (14,6%).

3.3.6. Saluer en se serrant les mains

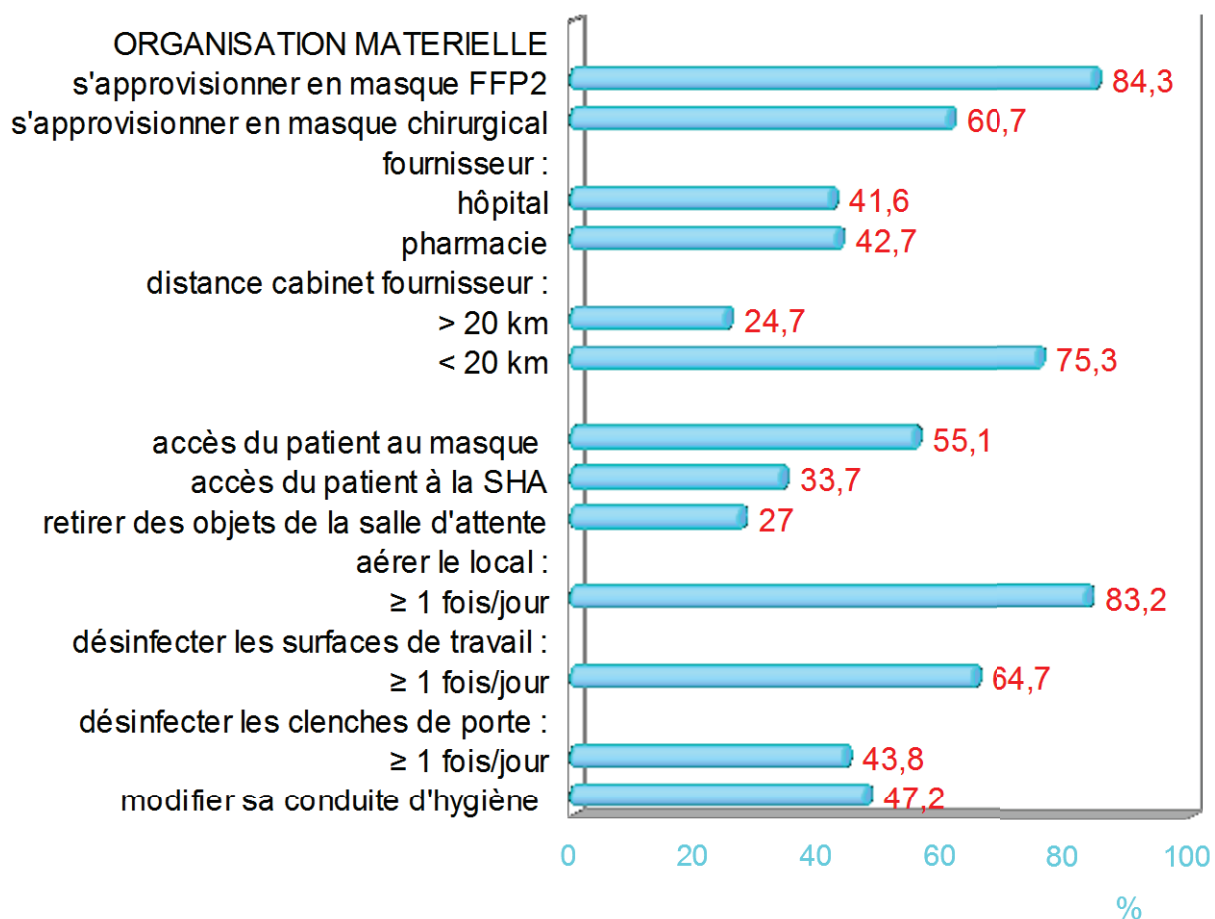
Durant la pandémie, environ un quart des MG ont diminué la fréquence de serrage de mains (Tableau 15).

Tableau 15 : Fréquence de serrage de mains

	Nb	%
Toujours	33	37,1
Le plus souvent	28	31,5
Moins souvent	24	27
Jamais	4	4,5
Total	89	100

3.4. Organisation matérielle au cabinet

Figure 13 : Attitudes et pratiques des médecins hauts normands



3.4.1. Approvisionnement en masques

• Nous avons vu précédemment que la grande majorité des médecins n'a pas porté le masque FFP2 recommandé en période pandémique avant la phase de campagne vaccinale. Néanmoins les médecins se sont approvisionnés, essentiellement de septembre à novembre en masques FFP2 et chirurgicaux, 84,3% et 60,7% respectivement.

- Les praticiens se sont approvisionnés à une reprise (84,9% pour FFP2 et 77,8% pour masques chirurgicaux), ou à deux reprises (11% pour FFP2, 18,5% pour masques chirurgicaux).

- Leurs principaux fournisseurs étaient l'hôpital 41,6%, et la pharmacie de secteur 42,7%. Subsidairement, 19,1% des médecins s'en sont procurés auprès de la DDASS, de la mairie, par internet ou en boutique spécialisée en matériel médical à leurs frais etc...

- La distance kilométrique médiane entre le cabinet et le point de distribution se situait environ à 5 km, avec 75 % des médecins qui sont à moins de 20 km du point de distribution.

3.4.2. Hygiène du cabinet

(Figures 13, 16)

- La disposition en accès libre des masques de protection et d'une SHA en salle d'attente pour les patients, a été effectuée respectivement pour 55,1% et 33,7% des praticiens.

- 27% des médecins ont réaménagé leur salle d'attente en proscrivant des journaux magazines, jouets, etc...dans le but de limiter la diffusion virale.

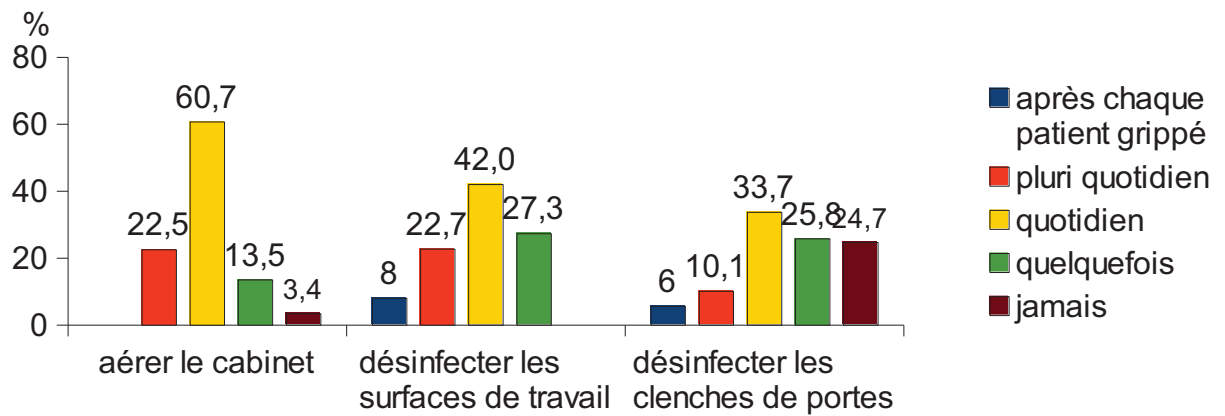
- 83% des praticiens ont aéré leur local au moins une fois par jour; voire *pluri-quotidien* pour près d'un quart d'entre eux.

- Moins de 50% des médecins ont désinfecté la surface de travail *au quotidien*. Quelques-uns (8%) l'ont fait *après chaque patient grippé*.

- Pour la désinfection des clenches de portes, un tiers a déclaré l'avoir fait *au quotidien*; un quart *quelquefois*, un quart *jamais*.

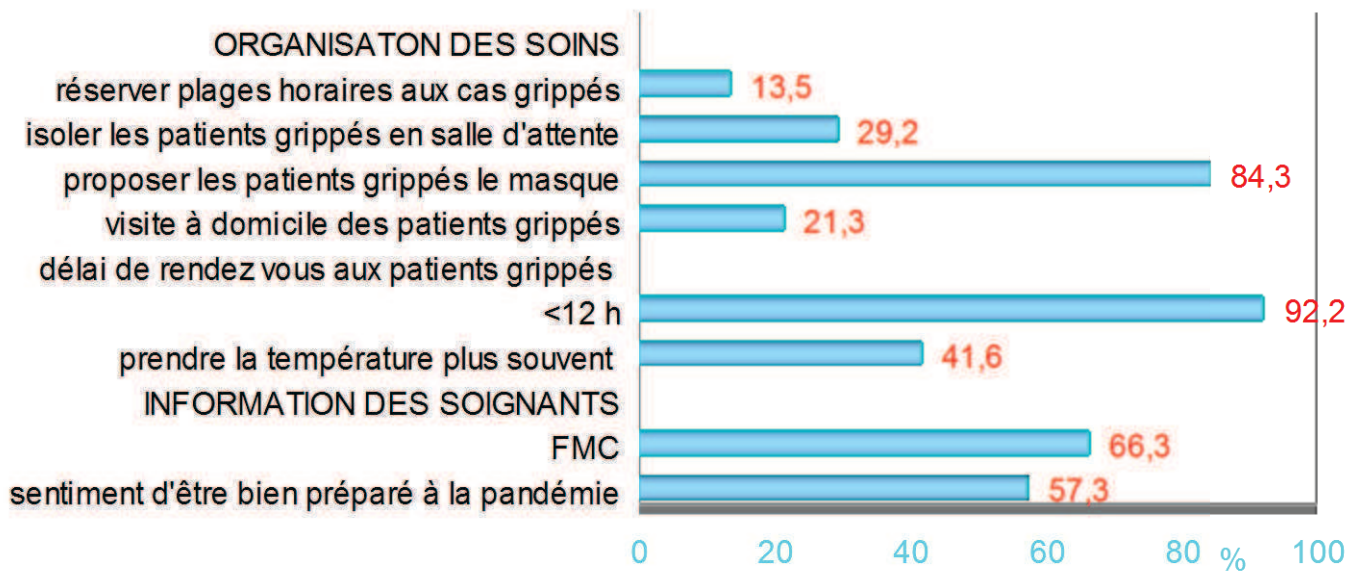
- 47,2% des médecins ont déclaré avoir eu le sentiment de modifier leurs pratiques en matière d'hygiène à l'occasion de la crise pandémique.

Figure 16 : Hygiène au cabinet



3.5. Organisation des soins au cabinet

Figure 13 : Attitudes et pratiques des médecins hauts normands



3.5.1. Réorganisation du cabinet

- 13,5% des médecins ont réorganisé des plages de consultation spécifiques «grippe». La compliance des patients à une telle mesure était jugée mauvaise à 50% (Tableau 17).

Tableau 17 : Compliance de la patientèle à l'organisation des horaires grippes, selon les médecins

	Nb	%
Très bonne	2	16,7
Plutôt bonne	4	33,3
Plutôt mauvaise	5	41,7
Très mauvaise	1	8,3
Total	12	100

- 29,2% ont prévu d'isoler les cas suspects de grippe en salle d'attente. 92,3% de ces médecins ont jugé *très bonne ou bonne* la compliance de leurs patients à une telle mesure (Tableau 18).

Tableau 18 : Compliance de la patientèle à l'organisation de l'isolement des cas grippés en salle d'attente, selon les médecins

	Nb	%
Très bonne	10	38,5
Plutôt bonne	14	53,8
Plutôt mauvaise	2	7,7
Très mauvaise	0	0
Total	26	100

- 84,3% des MG disposant de masques, ont proposé aux patients suspects de grippe de les mettre. 79,5% de ces MG ont considéré que leurs patients ont adhéré à cette mesure (Tableau 19)

Tableau 19 : Compliance de la patientèle au port de masques par les cas grippés au cabinet, selon les médecins

	Nb	%
Très bonne	18	24,7
Plutôt bonne	40	54,8
Plutôt mauvaise	14	19,2
Très mauvaise	1	1,4
Total	73	100

- 21,3% ont donné la priorité à la visite à domicile pour des cas suspects. La patientèle a adhéré à ce choix à 100%.

- 92,2 % des MG proposent un rendez vous dans la journée et même dans la demi journée pour 22,5 % d'entre eux (Tableau 20).

Tableau 20 : Délai de rendez vous accordé aux patients grippés

	Nb	%
Dans la demi journée	20	22,5
Dans la journée	62	69,7
Dans les 24h	7	7,9
>24h	0	0
Total	89	100

3.5.2. Prise de température

La prise de température chez les patients en consultation a été augmentée pour 41,6% des praticiens lors de la pandémie A/H1N1v.

3.5.3. Utilisation des antiviraux en curatif

- Les patients *suspects de grippe à clinique simple* n'en ont *jamais* reçu à 62,1%.
- Pour les cas *suspects avec signe clinique de gravité* : premièrement, 45% des médecins ont déclaré n'en avoir *jamais* vu. Deuxièmement, près d'un médecin sur cinq a déclaré ne pas prescrire d'antiviral, seul un tiers a traité systématiquement le patient.
- Pour les cas *suspects sans signe de gravité mais jugés à risque évolutif* : premièrement, 18% des médecins ont déclaré ne pas avoir été confronté à ce cas. Deuxièmement, un quart des médecins a déclaré prescrire l'antiviral en systématique et 42,5% occasionnellement dans ce contexte.

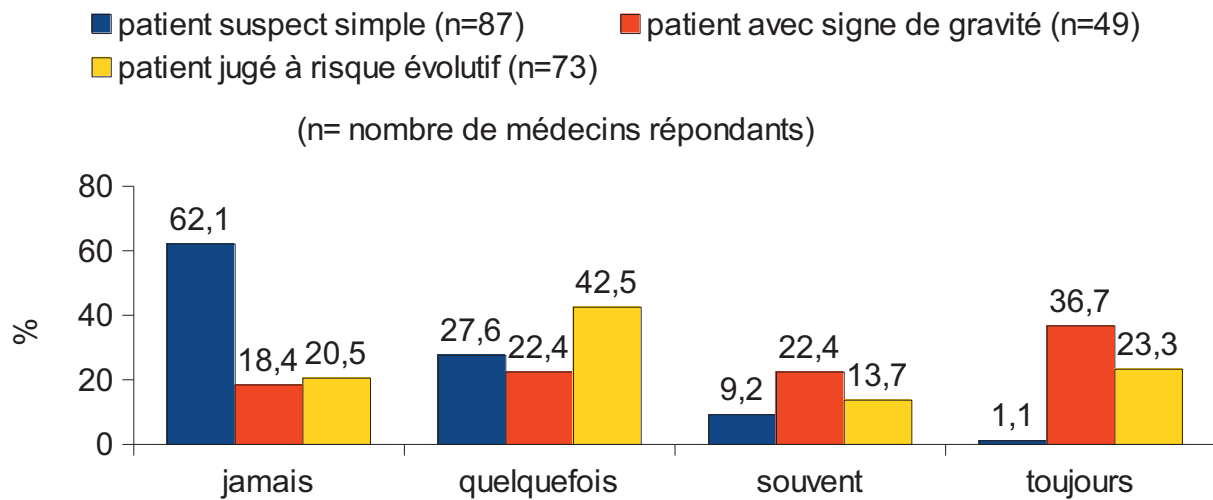
(Figure 21)

Suspect simple : cas grippé sans facteurs de risque de complications, sans signes de gravité

Suspect avec signe clinique de gravité : ceux qui ont une forme grave d'emblée ou compliquée [34 annexe 3]

Suspects sans signe de gravité mais jugé à risque évolutif : un cas grippé dont la clinique peut s'aggraver en présence de facteurs de risque [34, annexe 2]

Figure 21: Antiviral donné en curatif aux cas grippés



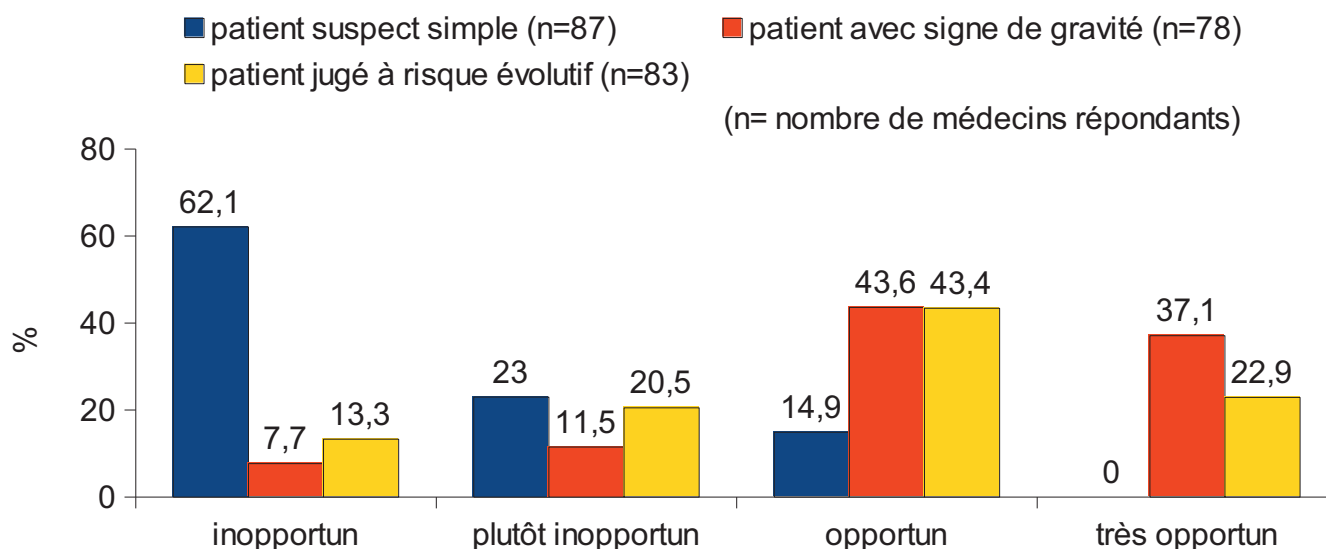
3.5.4. Avis du médecin a posteriori sur la décision de prescription en curatif

(Figure 22)

Nous avons analysé la pertinence estimée par les médecins de la prescription d'antiviral en curatif dans ces 3 situations :

- Dans les cas *suspects de grippe à clinique simple*, l'antiviral n'était pas *opportun* pour la majorité des médecins (85,1%).
- Dans les cas *suspects avec signe de gravité*, l'antiviral était au moins *opportun* pour 80% des médecins.
- Dans les cas *suspects sans signe de gravité mais jugé à risque évolutif*, l'antiviral était plus diversement apprécié avec un tiers des médecins le considérant au mieux *plutôt inopportun* et 66% d'avis au moins *opportun*.

Figure 22: Avis du médecin a posteriori sur la prescription d'un antiviral en curatif aux cas grippés



3.5.5. Utilisation des antiviraux en prophylaxie

Il était recommandé de donner un traitement antiviral prophylactique aux patients à risque en contact étroit avec les cas grippés (tels que les femmes enceintes, les nourrissons, les personnes avec des pathologies chroniques cardiorespiratoires, rénales, ou en situation d'immunodépression) [34].

Il faut savoir qu'une certaine proportion de MG a déclaré n'avoir pas été confrontée à ces personnes à risque dans un contexte de contact étroit avec les cas grippés pour nécessiter un traitement prophylactique :

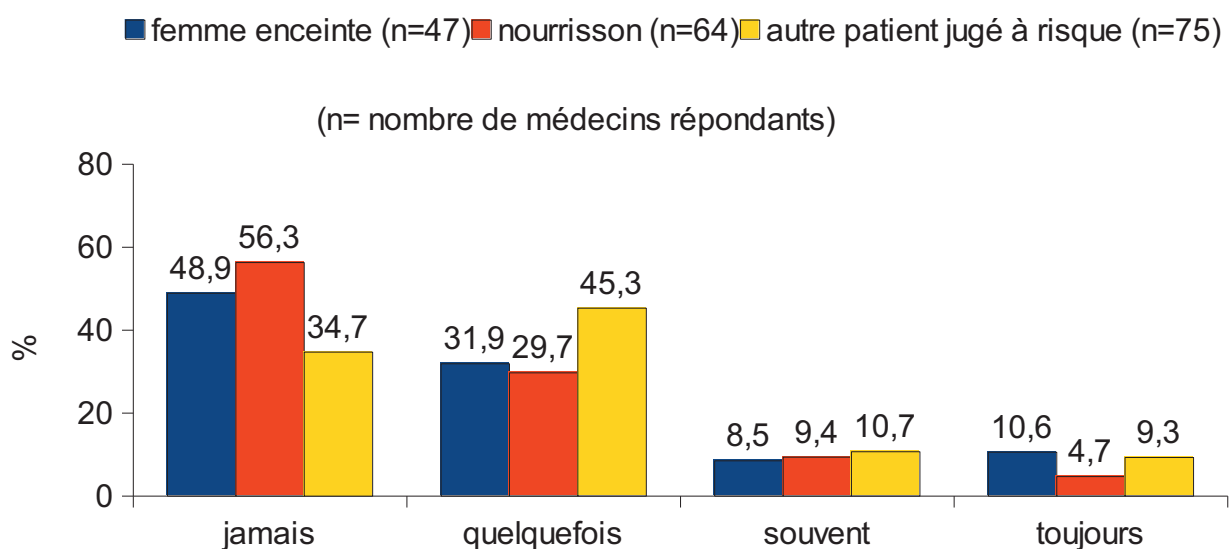
- 47,2% des MG avec les femmes enceintes
- 28,1% des MG avec les nourrissons
- 15,7% des MG avec autres sujets à risque

Nous avons donc analysé seulement les proportions de médecins rapportant avoir eu en consultation ces 3 catégories dans ce contexte prophylactique (Figure 23):

- Pour les femmes enceintes, un sur dix a déclaré avoir prescrit systématiquement (*toujours*) un antiviral. Cette proportion est montée à un sur cinq si nous y ajoutons les médecins ayant déclaré prescrire *souvent*.

- Pour les nourrissons, la prescription en systématique (*toujours*) se situait à 4,7 %, elle était à 15,4% si nous y ajoutons les médecins ayant déclaré prescrire *souvent*.
- Pour les *autres sujets jugés à risque*, les médecins étaient autant prescripteurs que pour les femmes enceintes (un sur cinq) *souvent ou toujours*; mais ils étaient majoritaires à 45 % disant en prescrire *quelquefois*.
- Dans les catégories *femme enceinte et nourrissons*, environ un médecin sur deux était non prescripteur et pour la catégorie *autre sujet à risque* un tiers était non-prescripteur.

Figure 23: Antiviral en prophylaxie prescrit aux personnes à risque

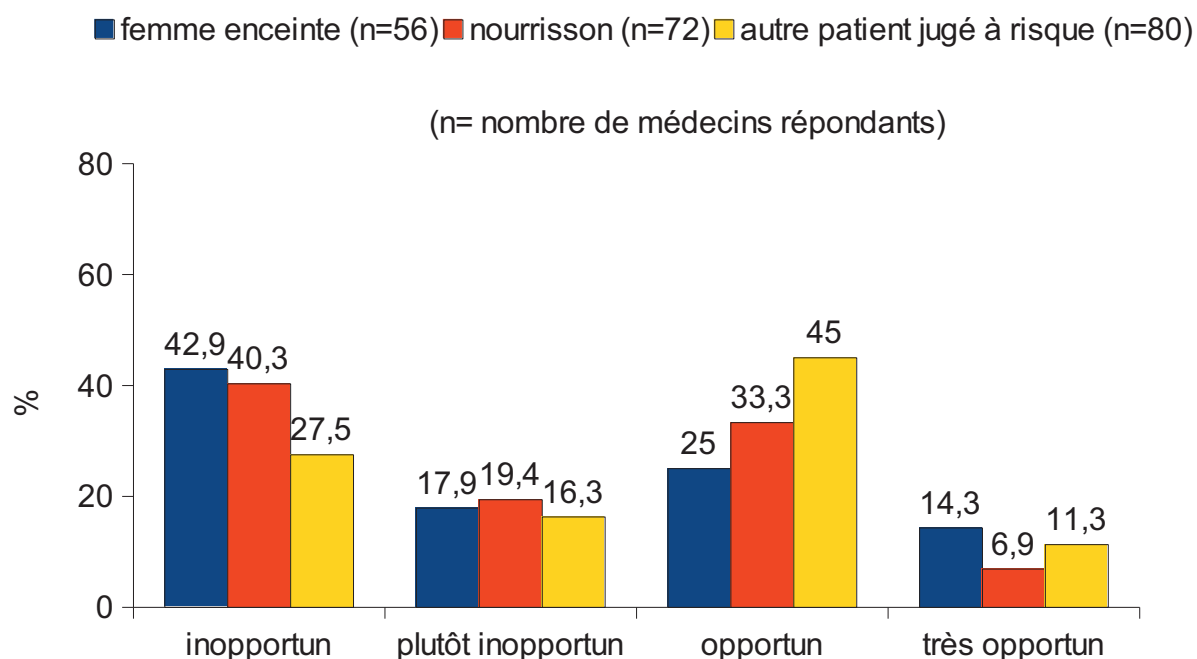


3.5.6. Avis du médecin a posteriori sur la décision de prescription en prophylaxie

Interrogés sur la pertinence de proposer un antiviral en prophylaxie à la population à risque (nous avons en moyenne 88% des répondants ayant émis cet avis).

- Les MG ont émis des avis partagés avec globalement moins d'adhésion à la prescription que dans les utilisations curatives (Figure 24).
- Près de 60% ont jugé inopportun de prescrire chez la *femme enceinte* et chez les *nourrissons*.
- 43,8% ont jugé que la prophylaxie était inopportune chez *les autres sujets à risque*.

Figure 24: Avis du médecin a posteriori sur la prescription d'un antiviral en prophylaxie aux personnes à risque



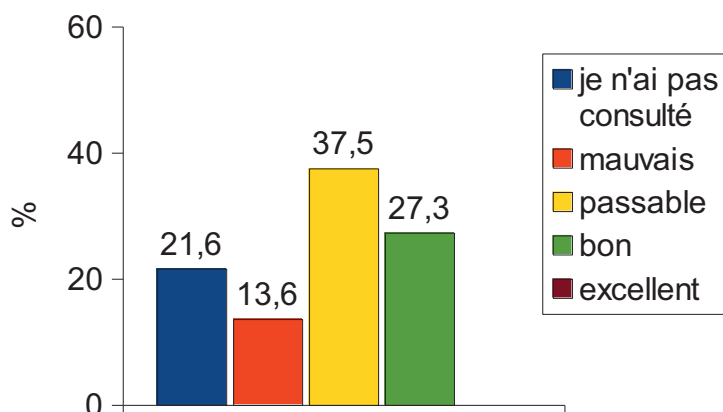
3.6. Information des soignants

(Figure 13)

- 59 médecins (66%) ont répondu avoir assisté à une formation dédiée à la grippe A/H1N1v.

- 19 sur 89 médecins (21,6%) n'ont pas consulté le site ministériel sante.gouv.fr dédié à la grippe A/H1N1v. 24 sur 89 médecins (27,3%) ont donné une appréciation positive à ce site ministériel (Figure 25).

Figure 25 : Appréciation du site sante.gouv.fr



- De nombreux vecteurs ont permis l'accès à l'information sur la grippe A/H1N1v autrement que via ce site officiel du ministère de la santé. Les médecins ont cité en majorité au sens large «*la presse médicale*» papier (63%) (par exemple: *la revue Prescrire*), des sites médicaux par internet (16%), d'autres ont évoqué la Formation Médicale Continue (FMC) (10%), d'autres se sont documentés avec la presse grand public (11%), ou bien ils ne se sont pas informés du tout (8%).

- Près de 60% des médecins ont estimé avoir été bien préparés à la crise pandémique.

3.7. Croisement des données obtenues

Nous avons croisé les caractéristiques des médecins (année d'expérience, mode d'exercice, secrétariat, la formation A/H1N1v, et le sentiment d'être bien préparé à la pandémie) avec les mesures préventives que les médecins ont appliquées. (Tableaux 26, 27, 28, 29)

3.7.1. Expérience du médecin

- Aucune relation significative n'a été rapportée avec la vaccination, le lavage, le serrage des mains et la fréquence de lavage des mains. Même si la tendance a semblé montrer que les médecins de moins de 10 ans d'expérience :

- se vaccinaient moins (58,6% contre 70%).
- avaient une fréquence de lavage de mains moins élevée (44,8% contre 53,3%).
- étaient légèrement moins nombreux à vouloir éviter le serrage de mains (24% contre 28,3%).

Par contre, les médecins «jeunes d'expérience» ont utilisé de façon plus significative les masques FFP2 que leurs confrères expérimentés (34,5% contre 15% $p=0,036$).

- Aucune différence significative n'est mise évidence sur l'organisation matérielle.

- Dans l'organisation des soins, il est ressorti que c'étaient les médecins «jeunes d'expérience» qui ont fait l'effort de mettre des plages de consultations spécifiques aux cas grippés (31% contre 5% $p=0,001$). Aucun lien significatif n'est retrouvé par ailleurs.

- Il n'existait pas de différence significative entre les «jeunes d'expérience» et les aînés expérimentés pour participer à la formation A/H1N1v même si les médecins «jeunes d'expérience» ont semblé y être moins présents (58,6% contre 70%).

- L'expérience n'est pas intervenue dans le sentiment d'être mieux préparé à la pandémie (jeunes: 58,6% contre aînés: 56,7%).

3.7.2. Mode d'exercice (groupe / individuel)

- L'exercice en cabinet de groupe a pu favoriser le port des masques FFP2 (27,6% contre 9,7% $p=0,049$). Les médecins en cabinet de groupe ont eu tendance à plus appliquer la mesure-barrière du lavage des mains (53% contre 45%); par contre tendance à moins vouloir éviter le serrage des mains (24% contre 32%) sans différence significative.

- L'exercice en groupe a permis significativement plus l'accès aux masques en salle d'attente pour la patientèle (65,5% contre 35,5% $p=0,007$).

- L'isolement des cas grippés en salle d'attente a paru facilité par l'exercice en groupe (36,2% contre 16,1% $p=0,047$).

- Aucune tendance significative ne s'est dégagée par ailleurs, même si nous avons noté que le travail en groupe pourrait favoriser les mesures suivantes :

- plus de port de masque par le patient lui-même en consultation (86,2% contre 80,6%).
- plus de visites à domicile des cas grippés (24,1% contre 16,1%).
- des délais de rendez-vous dans la *demi-journée* (27,6% contre 12,9%).
- prise de température plus fréquente chez des patients suspects de grippe (43,1% contre 38,7%).

- Ils ne se sont pas sentis forcément plus préparés étant en cabinet de groupe, ou ne sont pas plus incités à participer à la FMC A/H1N1v.

3.7.3. Département

- L'approvisionnement en masques n'était pas différent entre la Seine Maritime et l'Eure (respectivement 87% contre 81,4% $p = 0,47$)

3.7.4. Secrétariat

Nous avons distingué la présence physique d'une secrétaire au cabinet et une secrétaire à distance ou l'absence de secrétaire.

- Une secrétaire sur place a pu faciliter de façon significative la disposition en accès libre :

- des masques à l'accueil pour le patient (70% contre 44,4% $p=0,038$).
- la SHA en salle d'attente pour le patient (42% contre 20% $p=0,018$).

Mais une secrétaire au cabinet pourrait faciliter (sans lien significatif mis en évidence) pour :

- le retrait des objets de la salle d'attente (32% contre 20%).
- l'aération du local plusieurs fois par jour (28% contre 15,6%).
- la désinfection des surfaces de travail (46,9% contre 37,8%).

- Dans l'organisation des soins, aucune relation significative n'est à signaler. La présence de la secrétaire n'a pas apporté de modification dans la réorganisation des plages horaires réservées aux cas grippés (14% contre 15,6%). Néanmoins, la tendance semble montrer que la secrétaire sur place pourrait favoriser notamment :

- l'isolement des patients grippés en salle d'attente (36% contre 20%)
- plus de rendez-vous à domicile pour les cas grippés (26% contre 13,3%)
- des rendez-vous au cabinet plus vite dans *la demi-journée* (28% contre 13,3%)

3.7.5. Formation médicale A/H1N1v

- Il n'existait pas de lien significatif entre la formation A/H1N1v et :

- la vaccination du praticien (67,8% contre 63,3%).
- le recours aux masques chirurgicaux (8,7% contre 15%).
- le lavage entre chaque patient (74,6% contre 80%).
- le serrage des mains moins souvent (22% contre 36,7%).

Même si la tendance tend à montrer que les médecins «formés» ont paradoxalement moins bien agi que les médecins «non formés».

- Les médecins «formés» ont significativement et paradoxalement moins porté les masques FFP2, que leurs confrères «non formés» (15,3% contre 33,3% $p=0,049$)
- Après la formation, les médecins tendraient à modifier leurs habitudes en terme d'hygiène au cabinet (58,8% contre 40%) malgré l'absence de différence significative. Excepté l'accès à la SHA par les patients en salle d'attente dont les médecins «formés» ont significativement facilité (42,4% contre 16,7% $p=0,015$)
- Il n'existait pas de différence entre les médecins «formés» et les médecins «non formés» dans l'organisation des soins.

3.7.6. Se sentir préparé à la pandémie A/H1N1v

- Aucune différence significative n'était à relever vis à vis de la protection personnelle. Même si les médecins se déclarant *bien préparés* tendraient paradoxalement à moins mettre en pratique les mesures protectrices tels que :
 - le recours aux masques FFP2 (15,7% contre 28,9%).
 - la fréquence du lavage des mains (45,1% contre 57,9%).
 - la diminution du salut en serrant la main (21,6% contre 34,2%).
- Les médecins se déclarant *bien préparés* ont significativement moins modifié leur attitude dans l'hygiène du cabinet par rapport à leurs confrères *moins bien préparés* (37,3% contre 60,5% $p=0,03$).
- Aucune différence significative n'a été mise en évidence dans l'organisation des soins.
- Ils n'étaient pas significativement plus participants à la FMC A/H1N1v que les médecins *moins bien préparés* (68,6% contre 63,2%).

3.7.7. Fournisseur d'équipements de protection

- L'approvisionnement en masques était facilité lorsque le fournisseur était la pharmacie de secteur (dans ce cas l'approvisionnement en masque concernait 97,4% des médecins) par rapport à l'hôpital de secteur (qui ne permettait l'approvisionnement que de 91,9% des médecins concernés $p < 0,001$).

Ce résultat est renforcé par le constat que les MG de Seine Maritime sont mieux approvisionnés que leurs collègues de l'Eure (dans l'Eure les MG devaient se rendre dans leur CCAS alors qu'en Seine Maritime ils s'approvisionnaient via leur pharmacie de secteur) même si ce résultat n'est pas significatif.

- La distance cabinet-fournisseur, avec une délimitation à 20 km, ne semblait pas influencer l'approvisionnement (85,1% contre 81,8%). En revanche, à partir de 30km, la distance intervient significativement dans l'approvisionnement (87% d'actes d'approvisionnement en masque à moins de 30km contre 60% d'actes d'approvisionnement à plus de 30km $p = 0,025$).

Tableau 26 : Mesures de protection personnelle croisées avec les caractéristiques du MG

Protection personnelle		se vacciner (n=59)	porter masques FFP2 (n=19)	porter masque chirurgical (n=8)	se laver mains			fréquence lavage mains (n=45)	serrer mains			
					entre chaque patient (n=68)	après les patients suspects (n=13)	par période de soins (n=8)		toujours (n=33)	le plus souvent (n=28)	moins souvent (n=24)	jamais (n=4)
année exercice	<10 ans	58,6	34,5*	13,8	72,4	17,2	10,3	44,8	31	44,8	24	0
	> 10 ans (n=60)	70	15	8,5	78,3	13,3	8,3	53,3	40	25	28,3	6,7
mode exercice	groupe (n=58)	67,2	27,6*	15,4	79,3	15,5	5,2	53	37,9	34,5	24	3,4
	seul	64,5	9,7	3,7	71	12,9	16,1	45	35,5	25,8	32	6,5
bénéficier d'une FMC	oui (n=59)	67,8	15,3*	8,7	74,6	15,3	10,2	52,5	37,3	33,9	22	6,8
	non	63,3	33,3	15	80	13,3	6,7	46,7	36,7	26,7	36,7	0
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	66,7	15,7	5	74,5	15,7	9,8	45,1	39,2	31,4	21,6	7,8
	plutôt non	65,8	28,9	19	78,9	13,2	7,9	57,9	34,2	31,6	34,2	0

** p<0,001

* p<0,05

Tableau 27 : Mesures de l'organisation matérielle croisées avec les caractéristiques du MG

Organisation matérielle		approvisionnement en masques FFP2 (n=75)	patientèle accès au masque au cabinet (n=49)	patientèle accès à SHA au cabinet (n=30)	retrait objets salle attente (n=24)
année exercice	<10 ans	82,8	58,6	75,9	72,4
	> 10 ans (n=60)	85	53,3	61,7	73,3
mode exercice	groupe (n=58)	87,9	65,5*	62,1	32,8
	seul	77,4	35,5	74,2	16,1
secrétariat	cabinet (n=50)	86	70*	42*	32
	à distance ou aucun	84,4	44,4	20	20
bénéficier d'une FMC	oui (n=59)	86,4	54,2	42,4*	25,4
	non	80	56,7	16,7	30
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	86,3	60,8	35,3	29,4
	plutôt non	81,6	47,4	31,6	23,7
fournisseur	pharmacie (n=38)	97,4**	—	—	—
	hôpital (n=37)	91,9			
	autre (n=17)	88,2			
distance cabinet -fournisseur	moyenne / médiane	12 km / 5 km	—	—	—
distance cabinet -fournisseur	< 20 km / < 30km	85,1 / 87,3*	—	—	—
	>20 km / >30 km	81,8 / 60*			
département	Seine Maritime (n=46)	87	** p<0,001 * p<0,05		
	Eure	81,4			

Tableau 27 bis : Mesures de l'organisation matérielle croisées avec les caractéristiques du MG

Organisation matérielle		aérer local			désinfecter surfaces de travail		
		pluriquotidien (n=20)	quotidien (n=54)	quelquefois (n=12) / jamais (n=3)	après chaque patient grippé (n=7)+ pluriquotidien (n=20)	quotidien (n=37)	quelquefois (n=24)
année exercice	<10 ans	13,8	62,1	24,1	28,6	42,9	28,6
	> 10 ans (n=60)	26,7	60	13,3	31,7	41,7	26,7
mode exercice	groupe (n=58)	27,6	53,4	19	33,3	45,6	21,1
	seul	12,9	74,2	12,9	25,8	35,5	38,7
secrétariat	cabinet (n=50)	28	54	18	32,7	46,9	20,4
	à distance ou aucun	15,6	68,9	15,6	28,9	37,8	33,3
bénéficiaire d'une FMC	oui (n=59)	27,1	55,9	16,9	31	39,7	29,3
	non	13,3	70	16,7	30	46,7	23,3
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	23,5	54,9	21,6	32	42	26
	plutôt non	21,1	68,4	10,5	28,9	42,1	28,9

** p<0,001

* p<0,05

Tableau 27 ter : Mesures de l'organisation matérielle croisées avec les caractéristiques du MG

Organisation matérielle		désinfecter clenches portes					modifier sa conduite hygiène (n=42)
		après chaque patient grippé (n=5)+ pluriquotidien (n=9)	quotidien (n=30)	quelquefois (n=23)	jamais (22)		
année exercice	<10 ans	13,8	44,8	20,7	20,7		41,4
	> 10 ans (n=60)	16,7	28,3	28,3	26,7		50
mode exercice	groupe (n=58)	17,2	36,2	22,4	24,1		50
	seul	12,9	29	32,3	25,8		41,9
secrétariat	cabinet (n=50)	20	28	24	28		—
	à distance ou aucun	8,9	42,2	28,9	20		
bénéficier d'une FMC	oui (n=59)	18,6	27,1	27,1	27,1		58,8
	non	10	46,7	23,3	20		40
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	15,7	29,4	29,4	25,5		37,3*
	plutôt non	15,8	39,5	21,1	23,7		60,5

** p<0,001

* p<0,05

Tableau 28 : Mesures de l'organisation des soins croisées avec les caractéristiques du MG

Organisation soins		réserver plages consultation grippe (n=12)	isoler cas grippé dans salle attente (n=26)	proposer cas grippé masque en consultation (n=75)	priorité visite domicile cas grippé (n=19)
année exercice	<10 ans	31**	20,7	79,3	10,3
	> 10 ans (n=60)	5	33,3	86,7	26,7
mode exercice	groupe (n=58)	13,8	36,2*	86,2	24,1
	seul	12,9	16,1	80,6	16,1
secrétariat	cabinet (n=50)	14	36	86	26
	à distance ou aucun	15,6	20	84,4	13,3
bénéficiaire d'une FMC	oui (n=59)	15,3	27,1	83,1	22
	non	10	33,3	86,7	20
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	13,7	29,4	80,4	23,5
	plutôt non	13,2	28,9	89,5	18,4

** p<0,001

* p<0,05

Tableau 28 bis : Mesures de l'organisation des soins croisées avec les caractéristiques du MG

Organisation soins		délai rdv pour cas grippé				prendre plus souvent la température (n=37)
		dans la ½ journée (n=20)	dans la journée (n=62)	dans les 24h (n=7)	>24h (n=0)	
année exercice	<10 ans	17,2	75,9	6,9	0	41,4
	> 10 ans (n=60)	25	66,7	8,3	0	41,7
mode exercice	groupe (n=58)	27,6	65,5	6,9	0	43,1
	seul	12,9	77,4	9,7	0	38,7
secrétariat	cabinet (n=50)	28	66	6	0	—
	à distance ou aucun	13,3	75,6	11,1	0	
bénéficiaire d'une FMC	oui (n=59)	25,4	67,8	6,8	0	39
	non	16,7	73,3	10	0	46,7
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1	plutôt oui (n=51)	27,5	68,6	3,9	0	45,1
	plutôt non	15,8	71	13,2	0	36,8

** p<0,001

* p<0,05

Tableau 29 : Information des soignants croisée avec les caractéristiques du MG

Information médecins		bénéficier d'une FMC (n=59)	sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1v (n=51)
année exercice	<10 ans	58,6	58,6
	> 10 ans (n=60)	70	56,7
mode exercice	groupe (n=58)	62,1	53,4
	seul	74,1	64,5
sentiment d'être bien préparé à la grippe H1N1v	plutôt oui (n=51)	68,6	—
	plutôt non	63,2	

** p<0,001

* p<0,05

4. Discussion

Nous voulions savoir comment les médecins hauts normands avaient adapté leurs pratiques au cours de la pandémie grippale et s'ils avaient adhéré aux recommandations émises.

4.1. Limites de notre travail

Il s'agit d'une étude rétrospective avec un biais de mémorisation et déclarative ne permettant pas d'affirmer la réalité des pratiques rapportées.

Notre échantillon est faible limitant le nombre de résultats significatifs et notre étude ne porte que sur une région française.

Notre échantillon, construit de façon pragmatique ne semble pas représentatif de la population des médecins généralistes hauts normands.

Si le sex-ratio correspond à la population de MG hauts normands, notre échantillon sur-représente les médecins jeunes moins de 40 ans et entre 50-60 ans, les médecins de l'Eure et les médecins exerçant en zone urbaine. Sur ce dernier point, nous avons été gênés par la répartition urbain / rural réalisée par le CNOM, nous avons laissé la possibilité aux médecins de répondre semi rural ce qui rend hasardeux la comparaison avec les données du CNOM.

Enfin, le caractère peu grave de la pandémie ne permet pas d'estimer l'implication maximale des médecins dans les mesures barrières.

Des données déclaratives issues d'un échantillon malheureusement peu représentatif ne permettent pas de tirer de conclusions définitives.

En revanche, issues de praticiens de terrain, ces données permettent de confronter les propositions des experts établissant les recommandations et ce qu'il paraît possible d'attendre des médecins en exercice qui sont en première ligne pour la prise en charge des patients.

Les données recueillies permettent de soulever des hypothèses qui peuvent guider la réflexion de futurs travaux autour du risque pandémique.

4.2. Protection personnelle

4.2.1. Vaccination

- Six médecins sur dix se sont vaccinés. Ce taux correspond aux taux retrouvés dans les études des Français Schwarzinger M, et al. (2010) [35], Verger P, et al. (2011) [36] qui montraient que les MG français étaient favorables à la vaccination A/H1N1v autour de 60%. Le sondage IFOP dans le Quotidien du Médecin [37] publié le 21 septembre 2009 avant la phase de campagne de vaccination, rapportait également 61% d'intention de se vacciner, et 58% dans la région Nord Ouest.

Les médecins convaincus de l'intérêt de la vaccination étaient probablement les mêmes à le vouloir aussi pour leur famille.

Les MG hauts normands justifiaient leur choix par :

- Le principe de précaution en termes d'enjeu de santé publique sous-jacent [36] qui est traduit par le souci de ne pas être la source de transmission. Le SOFRES (2004 - 2005) [38] a soutenu que les MG sont majoritairement convaincus de l'utilité des vaccins grippaux annuels étant donné qu'ils sont les plus exposés dans leur cabinet.

- L'habitude de se vacciner pour chaque saison d'épidémie de grippe. Ce qui signifie que l'attitude positive pour la vaccination A/H1N1v est d'autant plus significative que les MG sont habitués à se vacciner annuellement contre la grippe [35, 38].

Schwarzinger M, et al. [35] a étayé aussi l'idée que l'attitude positive des MG est d'autant plus significative que les MG s'informent du plan de lutte contre la pandémie grippale. Faute d'avoir un effectif suffisant, nous n'avons pas pu mettre en évidence un tel lien de façon significative.

- Comme les Australiens [28, 29], les médecins hauts normands ont exprimé dans les commentaires libres le sentiment éthique à assumer leur rôle de premier acteur de santé publique en assurant les soins au cabinet en période épidémique.

- Un argument également cité est qu'ils ne pouvaient fermer le cabinet pour des questions financières.

Les médecins refusant la vaccination s'expliquent dans notre étude essentiellement :

- Par l'absence d'inquiétude devant le caractère bénin de la grippe à laquelle ils ont été très peu confrontés lors des phases initiales. Verger P, et al. [36] ont relevé que la faible gravité de l'épidémie a représenté 51,9% d'opinions de freins à la vaccination. Delfraissy JF. [1] indiquait déjà en septembre 2009 que *«la grippe A/H1N1v va être majoritairement une affection bénigne en Europe durant l'automne 2009. La létalité de la grippe A/H1N1v apparaît actuellement faible, proche de celle de la grippe saisonnière»*. De même, le comité consultatif stratégique d'experts de la

vaccination A/H1N1v de l'OMS [39] allait dans ce sens dès juillet 2009 «*la pandémie est actuellement considérée comme modérément grave*». L'actualisation de l'InVS [4] en décembre 2009 faisait la même conclusion «*cette pandémie grippale apparaît moins agressive et létale que ce que l'on pouvait craindre*».

– Par la crainte d'effets indésirables des «nouveaux» vaccins qui a concerné 26,6% de notre échantillon. Les professionnels de santé comme la population générale ont eu le réflexe naturel d'évoquer la sécurité des vaccins comme pour tout nouveau médicament mis sur le marché, puisque cet item est communément retrouvé dans les études antérieures [10, 35, 36, 40].

Schwarzinger M, et al. [35] ont rapporté le risque indésirable comme le syndrome de Guillain Barré et les effets liés aux adjuvants, qui sont relayés par les médias [20]. Notre taux de crainte des effets indésirables est comparable à celui retrouvé dans l'étude de Verger P, et al [36] (32%) et dans la thèse de Maire J. [40] (26%).

– Par l'accès difficile au vaccin (36,6%) qui constitue un frein à l'intention de se vacciner. Obliger un praticien à se rendre dans un centre de vaccination pour se faire vacciner est considéré comme une contrainte supplémentaire à sa charge de travail.

– En dernier, l'argument de l'immunité antérieure, quelques médecins âgés pensaient posséder une immunité ancienne. Étant donné que le virus A/H1N1v est un réassortiment de gènes de virus A [2], la population âgée plus de 40 ans aurait pu acquérir une protection ancienne au contact d'un virus apparenté [13].

Il est curieux de noter que nos médecins hauts normands n'aient pas fait état des motifs de refus comme le défaut d'association des MG à la campagne de vaccination[13], la contradiction des débats entre les experts scientifiques sur la pandémie A/H1N1v [13, 16, 17, 41] et le manque de confiance des médecins dans les pouvoirs publics à propos de la stratégie de la campagne de vaccination nationale [13, 22, 35, 42, 43].

Proposition :

La vaccination des MG devrait probablement être facilitée par le mode de distribution des vaccins, les professionnels de santé devraient pouvoir se vacciner entre professionnels de soins primaires de secteur ce qui impliquerait probablement un système de délivrance par le réseau des officines de ville.

4.2.2 : Port des masques

Le port des masques FFP2 ou chirurgical recommandé par les autorités officielles, s'avérerait être une mesure barrière difficile à respecter sur le terrain. En effet, parmi

les 70 médecins refusant le port de masques, près de la moitié ont évoqué en premier l'intolérance au masque.

Les autres motifs du non port de masques se résumaient à :

- l'absence d'épidémie à la période précédant la phase de vaccination
- l'inefficacité présumée du masque
- la difficulté de l'approvisionnement

Les résultats d'une thèse réalisée en 2008 par Ribaut N. [44], montrait que 97% des MG en Aquitaine indiquaient leur intention de se protéger d'un éventuel risque de grippe aviaire par le port d'un masque FFP2. En revanche, ce n'était pas le cas dans notre étude, probablement à cause de l'inconfort du masque.

L'absence d'investissement de cette mesure barrière correspondait aussi probablement au fait que le virus était quasi absent dans la région lors de la phase pré vaccinale (cf. 1.4.3 et [45]). Certains médecins ont déclaré n'avoir vu aucun cas suspect de grippe A/H1N1v, et ce, même durant la saison grippale automno-hivernale. Les données de l'InVS sur la grippe A/H1N1v en hémisphère sud [4] ont conforté leur sentiment. Debré B. [17], professeur de médecine, député UMP de Paris et membre du comité national d'éthique a qualifié le virus A/H1N1v de «grippette». Les MG se sont vraisemblablement comportés comme lors d'une épidémie saisonnière.

A l'inverse les médecins de l'hémisphère austral paraissent avoir adhéré de façon plus importante aux mesures de protection personnelle. A l'époque des épidémies de grippe aviaires touchant l'Asie du Sud-Est, les auteurs australiens [28–31] avaient déjà souligné que les MG australiens étaient demandeurs et utilisateurs de masques en cas de pandémie grippale dans le futur. Ainsi, Eizenberg P. [32] a insisté sur l'indispensable équipement de protection personnel (masques, gants, produits antiseptiques, antiviraux) pour les MG étant exposés en première ligne à la pandémie A/H1N1v.

Cela peut s'expliquer par le contexte de l'Australie qui a subi la soudaineté de la vague pandémique avec un pic de contagiosité forte sur une période courte à partir du mois de mai [46, 47]. Face à une situation cumulant une forte contagiosité et une gravité incertaine, avec à l'esprit le spectre de la grippe aviaire H5N1, les médecins australiens ont logiquement agi avec précaution en réclamant les mesures de protection le plus vite possible pour en faire usage.

Wong SYS, et al. [27] ont comparé les pratiques des médecins hong kongais et des médecins de Toronto au moment de l'épidémie SARS de 2003. Les médecins asiatiques (ainsi que leurs secrétaires) étaient plus utilisateurs de masques (97%) que leurs collègues occidentaux. Ils étaient certes plus exposés que les Canadiens, mais il est également à considérer qu'il est moins habituel pour des occidentaux de

porter des masques quand ils sont exposés au risque de contamination que pour les asiatiques.

Le rapport sénatorial [22] va dans ce sens en évoquant des «*réticences culturelles*» du port de masques en France, «*par opposition à l'Asie où il est commun*». «*D'où le constat d'un échec au recours du masque*».

4.2.3 : Lavage des mains

- Les MG ont respecté la consigne de lavage entre chaque patient dans la majorité des cas (76%). Ce résultat est comparable à celui retrouvé chez les médecins hong kongais durant l'épidémie SARS (70%) [26], sans que pour autant la fréquence de l'acte n'ait été augmentée chez 44 médecins haut normands (49,4%) durant la période pandémique. Peut être parce que ce geste était déjà systématique avant la crise sanitaire ?

A l'époque de la grippe aviaire, l'association nationale MG Form a invité les MG libéraux de toutes les régions à participer à une formation médicale continue sur une éventuelle pandémie grippale aviaire, et les médecins avaient également reçu préalablement un kit d'information/formation ministérielle [48]. Dans la thèse de Ribaut N. [44], les MG d'Aquitaine, après avoir reçu cette formation sur un éventuel risque de pandémie de grippe aviaire, formulaient des intentions pratiques au lavage des mains entre autres (isolement du patient en salle d'attente, masques) à des taux avoisinant les 90% dans le cas où ils devraient faire face à la grippe aviaire.

Cet écart entre la déclaration a priori et a posteriori s'explique peut être là encore par le caractère peu grave de la pandémie. Le lavage des mains étant un geste barrière de routine, son taux est plutôt décevant malgré les recommandations incessantes (via les sites sanitaires officiels, presse médicale, médias, etc..) diffusant des mesures de prévention et de protection dédiés aux professionnels de santé [7].

4.2.4 : synthèse sur les mesures barrières

- Nous pouvons tirer la même conclusion que le rapport sénatorial [22] : le terme *pandémie* évoque dans la représentation des populations et des professionnels de santé une notion de gravité ou d'extrême sévérité. Et si la région Haute Normandie avait connu l'anxiété d'une pandémie *grave* (comme à Hong Kong avec le SARS 2003) il est probable que les médecins hauts normands seraient passés outre le détail de l'inconfort du masque et la réticence culturelle du masque.

- Dans notre étude, il semble que l'exercice en cabinet de groupe et le fait d'être un jeune médecin soient des facteurs incitatifs à une utilisation du masque. En revanche, la formation H1N1v a paru dans notre étude un facteur réduisant le port de masques (ils étaient deux fois moins à l'appliquer).

Proposition :

L'attention portée à l'organisation des soins, de façon pérenne, en favorisant l'exercice de groupe est peut être plus important qu'une formation généralisée contextuelle. On peut imaginer que l'émulation d'un exercice de groupe puisse entretenir la motivation des médecins à modifier leur pratique. Il est possible aussi que les médecins se répartissent les tâches et les responsabilités, l'un des médecins du cabinet, formé, pouvant peut être alors tenir le rôle d'un leader d'opinion auprès de ses confrères du cabinet.

4.3. Organisation matérielle au cabinet

- L'approvisionnement en masque n'a pas semblé être influencé par la distance vis à vis du centre fournisseur (sauf au delà de 30km). En revanche le fait de pouvoir s'approvisionner dans sa pharmacie de secteur est très significativement associé dans notre travail à un meilleur taux d'approvisionnement. Même si le résultat n'est pas significatif, les médecins de Seine Maritime se sont eux aussi plus approvisionnés.

Cela accrédite tout de même l'idée qu'un circuit de distribution respectant au mieux le réseau informel du médecin généraliste facilite la mise à disposition des moyens de protection. En effet, en Seine Maritime, le circuit de distribution passait par les grossistes-répartiteurs des pharmacies dans lesquelles les médecins s'approvisionnaient, alors que dans l'Eure les médecins devaient se déplacer au Centre Communal d'Action Sociale de leur secteur.

Proposition :

En cas de crise sanitaire, le circuit de distribution des matériels de prévention devraient calquer au mieux les réseaux de proximité et privilégier les pharmacies de secteur.

- Dans notre étude, l'accès au masque chirurgical en salle d'attente est plus facilement organisé dans 55% des cas, et significativement augmenté dans les cabinets de groupe et/ou avec secrétaire sur place.

- Curieusement la SHA n'est pas disposée en salle d'attente chez 66% des médecins. Les cabinets qui ont appliqué cette mesure d'hygiène étaient ceux des

médecins travaillant avec une secrétaire sur place (42%). Cette mesure barrière est également significativement favorisée par la formation à la pandémie grippale A/H1N1v. Peut être les médecins généralistes ont-ils considéré que leur cabinet disposait déjà du savon dans les sanitaires et/ou que les patients avaient probablement leur propre flacon de SHA. La mesure est peut-être aussi jugée trop coûteuse sur une longue période.

- Trois quart des médecins ne se préoccupaient pas de proscrire les objets tels que les magazines et les jouets de la salle d'attente comme le préconisaient les mesures gouvernementales [7]. Sans que le résultat soit statistiquement significatif, l'exercice de groupe et la présence d'une secrétaire sur place ont majoré cette pratique.

- Dans l'ensemble, la désinfection des surfaces de travail s'est faite raisonnablement à 65% (dont une fois (42%) ou plusieurs (23%) fois par jour). Par comparaison 90% des médecins hongkongais nettoyaient régulièrement à l'époque du SARS [26]. Là encore, même si ce n'est pas significatif, la présence d'une secrétaire sur place paraît faciliter ce geste.

- Les mesures d'hygiène préconisées par les autorités sanitaires visent à limiter la diffusion des viroses en général [7]. Les MG se devaient de renforcer leurs procédures d'hygiène durant la pandémie. Or, dans l'ensemble, la grippe A/H1N1v n'a pas réellement modifié ou augmenté les mesures d'hygiène au cabinet pour la moitié des médecins libéraux, et ce, malgré la promotion importante des mesures barrières.

- L'exercice en groupe favorisait un peu la mise en place de masques en salle d'attente par rapport au cabinet individuel. La présence de la secrétaire améliorait significativement l'accès aux masques et à la SHA en salle d'attente. Elle pourrait également faciliter (sans être significatifs) l'approvisionnement des masques, l'aération du cabinet, la désinfection des surfaces de travail et des clenches de portes, le réaménagement de la salle d'attente. Enfin, la formation sur la grippe A/H1N1v n'a pas influencé le changement des habitudes des médecins.

- Debost E. [49] médecin généraliste du réseau des GROG, lors de la XIVème journée scientifique nationale du réseau du GROG organisée en novembre 2009 pensait que si les mesures barrières contre l'épidémie A/H1N1v ne sont pas applicables sur de nombreux cabinets, c'est parce que *«l'incitation ne suffit pas toujours à changer les habitudes»*. Il concluait que *«les médecins n'ont jamais été formés aux mesures d'hygiène de leur cabinet... c'est un bon sujet de FMC... »*.

Proposition :

La capacité de réorganisation matérielle du cabinet semble être principalement influencée par la présence d'une secrétaire sur place.

Il est difficile de dissocier l'influence de la secrétaire du fait d'exercer dans une structure de groupe. Ces deux facteurs sont de toute façon liés, la rémunération d'une secrétaire sur place étant facilitée par le partage des charges induites.

Certaines organisations syndicales préconisent la mise en place d'un «forfait structure» valorisant l'organisation de l'accès aux soins et qui serait facilitateur de l'embauche de secrétaires médicales. Au vu de nos résultats, de telles mesures facilitantes pour la fonction de premier recours des médecins généralistes, pourraient influencer favorablement la capacité de réaction des soins de première ligne en cas de crise sanitaire.

Il faut souligner que les Australiens [30,31] avaient déjà élaboré une mesure concrète dans la préparation en vue d'une arrivée de la pandémie, praticables dans l'exercice des praticiens généralistes libéraux. Il s'agissait d'une structure dédiée à la grippe regroupant les médecins et un staff para médical (composé de secrétaire et d'infirmières) avec un coordinateur désigné devant coordonner les tâches de l'équipe, recruter du personnel sur des périodes temporaires si besoin, appliquer les protocoles d'hygiène, gérer les stocks d'équipement de protection personnel et s'informer des recommandations issues des autorités sanitaires gouvernementales.

Proposition :

Peut-être faudrait-il proposer aux médecins généralistes libéraux, dans le cadre de leur FMC, des modules de formation dédiés aux protocoles d'hygiène pour le cabinet libéral à l'avenir ? Mais nos résultats nous paraissent plaider pour des mesures plus structurantes facilitant le regroupement et l'embauche de collaborateurs.

4.4. Organisation des soins au cabinet

- Moins de 15% des praticiens, en l'occurrence les médecins de moins de 10 années d'exercice, ont fait un effort pour réorganiser des plages de consultations spécifiquement réservées aux cas de fièvre ou état grippal. Pourquoi les médecins ont-ils eu des difficultés dans la pratique à regrouper les «consultations grippales», même s'ils sont en cabinet de groupe ou en cabinet avec secrétariat ?

Nous avançons l'hypothèse que, lors de prise de rendez-vous par téléphone, les MG ou leur secrétaire ont été brefs dans leur conversation et n'ont pas forcément demandé de façon systématique le motif de la consultation. Ils se sont adaptés probablement à la disponibilité des patients. Rappelons par ailleurs que dans notre étude, les médecins ont émis des réserves quant à la compliance des patients à ce type de mesure.

- La majorité (70%) n'a pas pu isoler des cas suspects de grippe parce que la plupart des cabinets ne disposaient que d'une seule pièce d'attente [49]. Les cabinets de groupe pouvaient éventuellement offrir la possibilité de faire des isolements. Mais il y a un fossé entre l'intention d'une telle pratique exprimée chez les MG d'Aquitaine 90% [44] et la faisabilité de la mesure avec seulement 30% de déclaration de cette pratique dans notre étude !

- Huit médecins sur dix n'ont pas pu assumer la priorité aux visites à domicile pour des cas suspects de grippe par contrainte de temps vraisemblablement. De l'avis des médecins, le patient ne constituait pas un frein à une telle mesure. Mais dans la pratique ces visites sont chronophages en période épidémique.

- Une minorité de patients n'a pu voir le médecin dans la journée ce qui pourrait poser problème en cas de crise sanitaire plus grave.

Proposition :

La difficulté d'établir des plages de consultation spécifique, liée possiblement au ressenti d'une mauvaise compliance des patients pourrait inciter à une organisation de lieux de soins dédiés en cas de crise sanitaire.

On pourrait imaginer un système de régulation des appels dirigeant par secteur les patients vers les centres de soins dédiés. Un système de régulation tel que celui utilisé dans l'Eure permettant sur un système informatique unique de multiples lieux de régulation faciliterait une régulation par secteur.

Ces lieux de soins pourraient être les cabinets médicaux qui dédieraient des jours d'activités à ces pratiques ? Or justement, Nick Collins [30,31] appartenant au Collège Royal Australien des Médecins Généralistes, décrivait déjà en 2006, et rappelait en 2008 qu'il existait une structure ressemblant à un « cabinet-clinique dédiée à la grippe » local dans le plan national de pandémie.

- Le traitement antiviral curatif ou en prophylaxie [34, 50]

En matière de prescription antivirale, les MG haut normands ont déclaré peu de recours aux antiviraux malgré des recommandations d'utilisation assez large et même généralisée à tous les cas suspects à partir de décembre 2009.

Pourquoi ces chiffres d'actes de prescription d'antiviraux restaient-ils si décevants en curatif ? Et pourquoi si peu de prescription (moins de 10%) dans les trois situations à visée prophylactique, alors que les médecins pensaient a posteriori *opportun* (40% minimum) l'antiviral ? En somme, nous avons noté une discordance entre la pratique déclarée et l'attitude « théorique » des MG.

Il y avait apparemment une large non-adhésion aux recommandations officielles pour les traitements antiviraux en curatif et elle est encore plus prononcée en mode prophylactique.

Nous avançons les explications suivantes :

D'une part, nous l'expliquons par le fait que dans la région les cas de grippe graves ou avec facteur de complications semblaient être sporadiques, donc moins d'actes de prescription.

Les médecins ont pu faire appel aussi à leur sens clinique, la majorité des tableaux apparaissant peu graves et dissuadant la prescription.

Cela peut vouloir dire aussi qu'il existe des hésitations dans la décision de prescription chez les médecins du fait de nombreuses actualisations des recommandations d'une date à l'autre (entre août et décembre).

Mais l'argument majeur est probablement le questionnement de l'efficacité de l'antiviral et de sa balance bénéfice risque en situation de prescription généralisée.

D'un côté les autorités sanitaires ont fait valoir par leurs argumentaires l'intérêt d'un traitement par antiviral pour réduire la sévérité et la mortalité par la grippe A/H1N1v [50, 51]. Le rapport sénatorial [22] a décrit que, en septembre 2009 des rhinovirus circulaient, ce qui a amené à ne pas recommander systématiquement l'antiviral. Mais lorsque la circulation du virus A/H1N1v a été maximale en novembre, la recommandation de généraliser l'oseltamivir à tous les suspects de grippe a été validée par les autorités [52].

D'un autre côté, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) [53] a remis en cause la décision des autorités sanitaires, en premier lieu au sujet de la prescription de l'antiviral en systématique à tous les patients grippés, et en second lieu a argumenté que l'efficacité des inhibiteurs de la neuraminidase avait un faible niveau de preuve en terme de prévention des complications, des hospitalisations et de la mortalité [53 – 55] en se basant sur les méta-analyses des essais antérieurs [56 – 59]. Le CNGE [53] a admis que les inhibiteurs de la neuraminidase recommandés en prophylaxie sont utilisables pour les sujets à risques mais a averti que «les recommandations *relèvent du principe de précaution sans qu'il soit possible d'affirmer leur réelle pertinence...*».

De même la Revue Prescrire [60] écrivait en juillet 2009 : «chez les patients ayant une grippe sévère liée au virus A H1N1v, l'évaluation des antiviraux est très pauvre : aucun élément clinique probant suggère qu'ils modifient de façon décisive l'évolution naturelle de ces gripes». En novembre, dans un dossier dédié, cette revue [61] enfonçait le clou en rappelant l'absence de données probantes de bon niveau sur la prévention des complications liées à la grippe par le recours aux antiviraux en curatif et l'exposition aux effets indésirables de trop de personnes pour un effet mal étayé en prophylaxie. Enfin, la revue a vertement critiqué en février 2010 [62] le choix de généraliser la prescription à tous les patients suspects au vu de l'efficacité incertaine

et du risque d'effets indésirables. Cela n'a toutefois probablement pas eu d'incidence sur la pratique l'épidémie ayant cessé.

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) [63] a considéré en 2008 que le service rendu médical de l'oseltamivir en curatif est insuffisant pour toute la population, et faible ou modéré en prophylaxie post contact.

Ensuite, le rapport du Sénat [22] a souligné aussi que des idées négatives persistaient chez les professionnels de santé vis à vis de l'antiviral au sujet de son efficacité contre l'infection grippale A/H1N1v et ses effets indésirables.

En clair, Cohen JM. [64] a résumé: *«des contradictions entre les perceptions des uns et des autres vis- à-vis des antiviraux spécifiques de la grippe et les faits constatés scientifiquement»*.

Dès lors, nous comprenons qu'il est fort possible que des professionnels de santé aient une opinion partagée sur l'efficacité très relative de l'oseltamivir contre les virus grippaux pour ne pas suivre les recommandations officielles.

A l'inverse des médecins australiens [28–31] qui ont considéré les antiviraux comme un outil indispensable contre la pandémie et qui en ont réclamé, les médecins hauts normands ont fait plus preuve de modération dans l'usage des antiviraux. Comme l'a souligné Louis Merle, le Président de la commission de pharmacovigilance de l'Afssaps dans le rapport sénatorial [22] : *«523 000 ordonnances seulement ont porté une prescription de Tamiflu®...Les médecins ont fait preuve de prudence»*.

Enfin, pour les acteurs de terrain, comment être sûr de se trouver devant un cas de grippe A/H1N1v au cabinet ? Ne risquerait-on pas une surmédication et l'exposition inutile aux effets indésirables de ces molécules ? Une prescription par présomption a sans doute induit une hésitation supplémentaire parmi nos MG haut normands dans l'usage des antiviraux. D'ailleurs, la Commission de la transparence de la HAS [63] a admis que *«l'intérêt du traitement par oseltamivir est limité par le caractère probabiliste du diagnostic de la grippe»*. Même l'auteur Trémoières F. [55] a commenté que *«les traitements probabilistes exposent à des prescriptions excessives et souvent inadéquates»*.

Proposition :

Il pourrait être utile de tester sur des territoires le recours aux tests de diagnostic rapide, leur facilité d'appropriation et l'éventuel impact de leur recours sur la prescription d'antiviraux, comme l'a aussi suggéré Eizenberg P. [32] dans son article sur le retour d'expérience de la grippe A/H1N1v. De même l'expérience des MG anglais a fait émerger la question de mener des recherches approfondies sur la mise en place d'un test de diagnostic rapide pour une pratique de routine [65].

Proposition :

Peut être est-il souhaitable de limiter les recommandations en situation de crise pour éviter les situations de polémique ?

Proposition :

S'appuyer sur des données de bon niveau de preuve et leur relais par les sociétés savantes de médecine générale est peut être une attitude à investir pour influencer sur la pratique des soins primaires ?

Cette proposition se trouve renforcée par l'analyse des moyens de formation des médecins.

4.5. Information des soignants

- Les médecins des deux départements 76 et 27, ont déclaré à 66% qu'ils ont participé à une formation grippe A/H1N1. Plusieurs formations se sont télescopées, organisées par l'URML, la DDASS de l'Eure etc... [8]. Les informations contenues dans cette formation étaient issues de la source officielle du ministère de la santé. Elles pouvaient donc être retrouvées sur les sites ministériels comme par exemple sante.gouv.fr, InVS, INPES.

- Nous constatons que le site sante.gouv.fr n'a pas eu un franc succès auprès des MG. Un médecin sur cinq ne le «*consulte pas du tout*», seul un quart des médecins y ayant eu recours le note «*bon*».

- La raison de cette dépréciation pour le site gouvernemental trouve peut être son explication dans la méfiance et le mécontentement des médecins envers les pouvoirs publics que plusieurs rapports relatent. En effet, les médecins ont critiqué l'emballement médiatique [13, 16, 66], les conflits d'intérêts des experts de l'OMS ou des instances françaises de la santé avec des firmes pharmaceutiques [22, 67], l'incohérence stratégique du gouvernement (exemple : l'écartement des MG du schéma de vaccination [13, 22]), la surestimation [41], la surexposition médiatico-politique d'une crise sanitaire modérée [16] (l'excès du principe de précaution[42, 43], la théorie d'une seconde vague épidémique [22]) et la discordance des informations officielles. Les informations véhiculées par les pouvoirs publics ont pu créer un climat de confusion et d'incertitudes chez les professionnels de santé comme chez le grand public [40, 66, 68].

- Dans notre étude, la formation A/H1N1v en Haute Normandie n'a pas eu une influence significative sur l'attitude de protection personnelle, ni sur la mise en œuvre de l'organisation matérielle et des soins (à l'exception de l'accès à la SHA en salle d'attente pour lequel les médecins «formés» sont meilleurs en pourcentage que les médecins «non formés»). Et la FMC A/H1N1v n'a pas donné l'impression d'être «*mieux préparé*» face à la crise pandémique.

- Pour terminer, presque un médecin sur deux (43%) a déclaré avoir le sentiment d'avoir été «*mal préparé à la crise A/H1N1v*». Ce sentiment est sans doute en rapport avec le mécontentement envers les autorités sanitaires et les pouvoirs publics évoqués ci-dessus.

Proposition :

Les impressions négatives, que ce soit la méfiance envers les sites officiels ou le sentiment de ne pas être bien préparé à la pandémie, doit inciter les autorités publiques à impliquer le corps de la médecine de proximité via ses sociétés savantes dans l'expertise sanitaire ou dans une participation décisionnelle en matière de santé publique. C'est d'ailleurs, ce qu'ont proposé les deux commissions d'enquête de l'Assemblée nationale et du Sénat [13, 22] dans leur rapport sur la grippe A/H1N1v.

4.6. Synthèse des propositions

1. Distribution des vaccins et des outils de protection (masques) par le réseau de ville.
2. Faciliter le regroupement des professionnels.
3. Faciliter l'embauche de personnels dans les cabinets de premier recours.
4. Organiser des modules de FMC sur l'hygiène du cabinet avec fiches pratiques, viser la formation d'un médecin par structure agissant alors comme personne ressource localement.
5. Valoriser la régulation téléphonique et l'organisation de cabinets dédiés en cas de crise sanitaire.
6. Tester et développer les tests de diagnostic rapide pour guider la prescription.
7. Construire des référentiels sur des niveaux de preuves forts écrits en collaboration avec les sociétés savantes des soins primaires qui en faciliteraient la diffusion.
8. Intégrer les médecins généralistes dans les décisions relatives à la santé publique.

5. Conclusion

Nous avons voulu voir si les attitudes des médecins généralistes libéraux sur la région Haute Normandie ont été modifiées par la pandémie A/H1N1v en 2009.

Cette pandémie A/H1N1v s'est avérée différente de celle attendue, elle n'a finalement pas eu un fort impact en France en général et en région Haute Normandie en terme d'incidence et de mortalité. Par conséquent, les médecins hauts normands n'ont pas éprouvé l'anxiété (comme leurs confrères hongkongais lors de l'épidémie de SARS) qui aurait pu susciter de réels changements dans leurs pratiques et leurs attitudes face au risque sanitaire du virus H1N1v.

L'appropriation des mesures barrières et d'hygiène au cabinet a paru modeste. Elle est facilitée essentiellement par l'exercice en cabinet de groupe et la présence d'une secrétaire sur place. L'approvisionnement en masques s'est trouvé facilité lorsque le circuit de livraison était proche des réseaux informels usuels des médecins (pharmacies). L'impact de la formation au plan gouvernemental a paru faible.

Il nous apparaît donc, dans la perspective de mieux gérer les prochaines crises sanitaires, qu'il est important d'utiliser les circuits de soins primaires et de renforcer la structuration des cabinets. Faciliter l'exercice regroupé et la mise à disposition de personnels dans les cabinets de soins de premier recours (forfait *structure* ?) paraissent des mesures réalisables dont il serait intéressant de tester l'efficacité.

L'attitude des MG révélée par nos résultats pose tout de même la question de leurs pratiques sur le plan de l'hygiène au cabinet. Il serait intéressant de faire une étude sur la perception qu'ont les médecins généralistes de ville sur des mesures d'hygiène utiles ou inutiles au cabinet pour construire en fonction de ces représentations des modules de formation. Ces derniers devraient être extrêmement pratiques avec des fiches de postes pour les personnels devant mettre en œuvre ces mesures.

Les antiviraux ont été relativement peu utilisés. Nous avons posé l'hypothèse de la nécessité de s'appuyer sur des données de bon niveau de preuve pour faciliter l'établissement d'un consensus sur les recommandations et leur appropriation. Nous avons aussi émis l'idée de s'appuyer sur les sociétés savantes de médecine générale pour établir les recommandations de prescription et les diffuser. Il serait toutefois intéressant d'évaluer par une étude l'impact réel des communications de ces sociétés savantes auprès de leurs confrères.

Nous constatons qu'il y a un fossé entre les mesures théorisées par les autorités publiques et la mise en pratique déclarée du professionnel sur le terrain. C'est un constat dont les autorités de la santé devraient en tenir compte en se concertant avec les médecins généralistes sur les moyens utiles pour renforcer la faisabilité des mesures inscrites dans le plan national ou le cas échéant améliorer leur pertinence dans le cadre de la pratique des soins primaires.

Bibliographie

1. Delfraissy JF. Informations sur la grippe A/H1N1, 11 septembre 2009. In : Institut national de la santé et de la recherche médicale. Disponible sur : <http://www.inserm.fr> (consulté le 19/03/2012)
2. Institut de Veille Sanitaire. Principales caractéristiques épidémiologiques, Nouveau virus influenza A(H1N1), 20 mai 2009. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/international/notes/Point_Influenza_H1N1_200509.pdf (consulté le 25/03/2011)
3. Organisation Mondiale de la Santé. Préparation et action en cas de grippe pandémique. 2009, 53 p. Disponible sur : <http://www.who.int/fr> (consulté le 31/05/2011)
4. Cohuet S, Aït el-Belghiti F, Barboza P, et al. Grippe A(H1N1)2009 : les principaux enseignements à l'échelle mondiale après les six premiers mois de la pandémie. BEHWeb 2009 (3). Disponible sur : www.invs.sante.fr/behweb/2009/03/r-3.htm (consulté le 21/03/2011)
5. Premier Ministre. Secrétariat général de la défense nationale. Plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale. 4e éd. 2009, 88 p. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1351.pdf (consulté le 24/02/2011)
6. World Health Organization. WHO Interim protocol : Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza, Updated October 2007. Disponible sur : <http://www.who.int/influenza/resources/documents/RapidContProtOct15.pdf> (consulté le 31/05/2012)
7. Ministère de la Santé et des Sports. Mesures-barrières sur le lieu d'exercice au cabinet du professionnel de santé. Disponible sur : http://www.cdom53.fr/Fiche_Mesures_Barrieres_professionnel.pdf (consulté le 11/12/2009)
8. Caron F, Manuel E. Grippe A(H1N1)v : Caractéristiques et modalités de prise en charge. Formation grippe A/H1N1 (2009 ; CHU Rouen).
9. Ministère de la Santé et des Sports. Stratégie nationale de prise en charge. juillet 2009. Disponible sur : http://www.csmf.org/upload/File/Sante%20Publique/Fiche_Strategie_nationale.pdf (consulté le 27/09/2011)

10. Institut de Veille Sanitaire. Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France. Juin 2010, 24-25-26, 257-8. In : Bulletin épidémiologique hebdomadaire. France. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr> (consulté le 22/03/2011)
11. Organisation Mondiale de la Santé. Grippe A(H1N1) : le niveau d'alerte pandémique passe en phase 6, Déclaration du Directeur général de l'OMS, Dr Chan Margaret, 11 juin 2009. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/fr/index.html (consulté le 16/09/2011)
12. Goudet JL. «Grippe A : en fait-on trop ou pas assez ?». In : Futura-Sciences [en ligne]. Juillet 2009. Disponible en ligne : http://www.futura-sciences.com/fr/print/news/t/medecine/d/grippe-a-en-fait-on-trop-ou-pas-assez_20028/ (consulté le 03/04/2012)
13. Lagarde JC, Door JP. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe a(h1n1). Assemblée Nationale. Juillet 2010, n°2698, 742 p. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-enq/r2698.pdf> (consulté le 17/05/2011)
14. Le Figaro.fr. «Grippe : 94 M de vaccins commandés». [en ligne]. Juillet 2009. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/07/15/01011-20090715FILWWW00424-grippe-94-m-de-vaccins-commandes.php> (consulté le 28/03/2012)
15. Futura-Sciences. «Grippe A : hésitations et divergences stratégiques en Europe». Juillet 2009. Disponible sur : http://www.futura-sciences.com/fr/news/t/medecine/d/grippe-a-hesitations-et-divergences-strategiques-en-europe_19918/ (consulté le 04/04/012)
16. Parienté J. «Pour Marc Gentilini, on assiste à une "pandémie de l'indécence"». In : Le Monde.fr [en ligne]. Août 2009. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/planete/article/2009/08/06/pour-marc-gentilini-on-assiste-a-une-pandemie-de-l-indecence_1226376_3244.html (consulté le 28/03/2012)
17. Le JDD. «Debré : "Cette grippe n'est pas dangereuse"». [en ligne]. Juillet 2009. Disponible sur : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Actualite/Debre-38257/> (consulté le 28/03/2012)
18. Le Figaro.fr. «Vaccin/Grippe : les infirmières méfiantes». [en ligne]. Septembre 2009. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/09/01/01011-20090901FILWWW00547-vaccingrippe-les-infirmieres-mefiantes.php> (consulté le 28/03/2012)

19. Dupagne D. Faut-il ou non se faire vacciner contre la grippe ?. In : Atoute.org. Forums d'échanges médicaux - Éthique de l'information médicale - Enseignement et déontologie médicale. [en ligne]. Novembre 2009. Disponible sur : www.atoute.org (consulté le 22/03/2012)
20. Fournier A. Grippe A : un médecin sur deux refuse de se faire vacciner. In : Le Monde.fr. [en ligne]. Septembre 2009. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/planete/article/2009/09/21/grippe-a-un-medecin-sur-deux-refuse-de-se-faire-vacciner_1243259_3244.html (consulté le 04/04/2012)
21. Schwarzing M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti J-P. Low Acceptability of AH1N1 Pandemic Vaccination in French Adult Population Did Public Health Policy Fuel Public Dissonance. PLoS One. 2010 ; 5(4) : e10199.
22. Sénat. Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe A(H1N1)v. Journal officiel, n°685 du 30 juillet 2010. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r09-685-1/r09-685-11.pdf> (consulté le 26/09/2012)
23. World Health Organization. Global Response and Alert, Situation updates, Pandemic (H1N1) 2009, June 25 2010. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/> (consulté le 31/05/2011)
24. Institut de Veille Sanitaire. Grippe A(H1N1)2009, Point de situation au 20 avril 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire grippe. Avril 2010 ; 93, 6 p. (consulté le 24/02/2011)
25. Institut de Veille Sanitaire. Grippe A(H1N1)2009 Semaine 2009/48, Point de situation au 29 novembre 2009. Cire surveillance épidémiologique en Haute Normandie. Décembre 2009 ; 14. (consulté le 24/02/2011)
26. Wong WCW, Lee A, Tsang KK, Wong SYS. How did general practitioners protect themselves, their family, and staff during the SARS epidemic in Hong Kong? J. epidemiol. Community Health 2004 ; 58 :180-5.
27. Wong SYS, Wong W, Jaakkimainen L, et al. Primary care physicians in Hong Kong and Canada — How did their practices differ during the SARS epidemic ? Fam. Pract. 2005 ; 22 : 361-6.
28. Shaw K, Chilcott A, Hansen E, Winzenberg T. The GP's response to pandemic influenza : a qualitative study. Fam. Pract. 2006 ; 23 : 267-72.
29. Olga A, Annette JBM, Jackie MS. How will Australian general practitioners respond to an influenza pandemic? A qualitative study of ethical values. Med. J. Aust. 2008 ; 189 (3) :148-50.

30. Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. General practice : professional preparation for a pandemic. *Med. J. Aust.*. 2006 ; 185 (10 Suppl) : S66-9.
31. Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic. A guide for GPs. *Australian family physician* 2008 ; 37 (10) : 794-9, 802-4
32. Eizenberg P. The general practice experience of the swine flu epidemic in Victoria-lessons from the front line. *Med. J. Aust.* 2009 ; 191 (3) :151-3.
33. Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en région Haute-Normandie, Situation au 1er janvier 2009. In : Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. 2009. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> (consulté le 24/02/2011)
34. Ministère de la santé. Recommandation du comité de lutte contre la grippe du 15 octobre 2009. Annexe 2 : Liste des populations à risque de complications lors d'infections par des virus grippaux. Annexe 3 : critères d'hospitalisation des malades atteints de grippe A(H1N1)v en situation de pandémie. In : Comité de lutte contre la grippe. [en ligne]. 2009. Disponible sur : <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/grippe/ministere/Recommandation%20utilisation%20antiviraux%20Comite%20lutte%20contre%20la%20grippe%20%2815%20octobre2009%29.pdf> (consulté le 08/12/2009)
35. Schwarzing M, Verger P, Guerville MA, et al. Positive attitudes of French general practitioners towards A/H1N1 influenza-pandemic vaccination : a missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public? *Vaccine*. 2010 ; 28 (15) : 2743–8.
36. Verger P et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009. In : Drees, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Juillet 2011, 770, 8 p. Disponible sur : http://www.hal.inserm.fr/docs/00/63/61/75/ANNEX/DREES_Panel_MG_H1N1_er770.pdf (consulté le 23/11/2011)
37. Quotidien du médecin. Les médecins libéraux et la grippe A. In : IFOP. [en ligne]. Septembre 2009. Disponible sur : http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=947 (consulté le 13/03/2012)
38. Ministère des affaires sociales et de la santé. Vaccination des professionnels de santé: enquête sur la couverture vaccinale 2004-2005. In : Cellule Communication de la Direction Générale de la Santé en collaboration avec TNS Sofres. [en ligne]. Septembre 2009. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/vaccination-des-professionnels-de-sante-enquete-sur-la-couverture-vaccinale-2004-2005.html> (consulté le 21/03/2011)

39. World Health Organization. Weekly epidemiological record on pandemic (H1N1) 2009. 2009 July 24, 84, 30, 301–08. Disponible sur : <http://www.who.int/wer> (consulté le 16/09/2011)
40. Maire J. Étude du taux de vaccination antigrippale A(H1N1) chez les médecins généralistes libéraux. Facteurs positifs et négatifs ayant influencé leur décision. [en ligne]. Thèse de doctorat en médecine générale. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2010, 46 p. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/THESE-GRIPPE-A.Maire.pdf (consulté le 12/03/2012)
41. Linfo.Re. «Antoine Flahault : La grippe A 100 fois plus mortelle que la grippe B». Août 2009. Disponible sur : <http://www.linfo.re/Antoine-Flahault-La-grippe-A-100-fois-plus-mortelle-que-la-grippe-B> (consulté le 28/03/2012)
42. AFP. «Grippe A. le Sénat épingle la gestion de la pandémie». [en ligne]. Août 2010. Disponible sur : <http://news.doctissimo.fr/Sante/Grippe-A-le-Senat-epingle-la-gestion-de-la-pandemie-24651> (consulté le 28/03/2012)
43. AFP. «Grippe H1N1: le Pr Gentilini craint un impact sur le concept de vaccination». [en ligne]. Février 2010. Disponible en ligne : http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5gp2qi40oPu5IIHwV_UobfVeSdvbw (consulté le 28/03/2012)
44. Ribaut N. La formation médicale continue des médecins généralistes face au risque de grippe aviaire. Thèse de doctorat en médecine générale. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 – U.F.R. Des sciences médicales, 2008, 101 p.
45. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance épidémiologique en Haute Normandie grippe A(H1N1)2009, Semaine 2010/03, Point de situation au 24/01/2010. In : Cire Haute Normandie. Janvier 2010, 21. (consulté le 24/02/2011)
46. Institut de Veille Sanitaire. Point sur l'épidémie d'influenza A(H1N1), Australie 28 Mai 2009. 2009, 2 p. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/international/notes/Australie_H1N1_28_mai_2009.pdf (consulté le 24/02/2011)
47. Institut de Veille Sanitaire. Influenza A (H1N1) 2009, Australie - Nouvelle Zélande, Point au 13 Août 2009. 2009, 8 p. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9122 (consulté le 13 juin 2012)
48. Ministère de la Santé et des Solidarités. Lancement de la campagne d'information et de formation sur la grippe aviaire «adoptons les gestes qui nous protègent». In : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. [en

ligne]. Avril 2006, 15 p. Disponible sur :

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060424.pdf> (consulté le 04/04/2012)

49. Debost E. Mesures barrières : le point de vue d'un médecin généraliste du Réseau des GROG. Journée Scientifique Nationale du réseau des GROG (14 ; 2009 ; Paris). Disponible sur : <http://www.grog.org/documents.html> (consulté le 05/04/2011)

50. Ministère de la Santé et des Sports. Prise en charge d'un cas de grippe A/H1N1 chez un adulte ou un enfant de plus de 40 kg. Disponible sur : http://www.urml-alsace.fr/Portals/0/documentation_information/2009-07_M%C3%A9mo%20prise%20en%20charge%20adultes.pdf (consulté le 11/12/2009)

51. Institut de veille sanitaire. Intérêt d'un traitement précoce par antiviral pour réduire la sévérité et la mortalité par grippe A(H1N1)2009 : données issues de la surveillance des formes graves. Décembre 2009. Disponible sur : http://www.cclin-est.fr/UserFiles/File/grippe/antiviraux_grippe_a_h1n1_211209.pdf (consulté le 28/03/2012)

52. Ministère de santé et des sports. Grippe : information aux professionnels, Nouvelles recommandations sur la prise en charge des patients grippés 10 décembre 2009. [en ligne]. 2009. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/nouvelles-recommandations-sur-la-prise-en-charge-des-patients-grippes-10-decembre-2009.html> (consulté le 11/12/2009)

53. Collège National des Généralistes Enseignants. Communiqué de Presse CNGE, Antiviraux et grippe H1N1 du 14 décembre 2009. [en ligne]. 2009. Disponible sur : http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=1282 (consulté le 24/04/2012)

54. Formindep. Lettre ouverte - pétition à Didier Houssin, Directeur Général de la Santé. [en ligne]. Décembre 2009. Disponible sur : <http://www.formindep.org/Lettre-ouverte-petition-a-Didier.html> (consulté le 24/04/2012)

55. Trémolières F. Les antiviraux de la grippe servent-ils à quelque chose ? Médecine et maladies infectieuses 2009 ; 39 : 667–73.

56. Martinez L, Pouchain D, Renard V, et al. Grippe A/H1N1 et antiviraux: quelle stratégie de santé publique ?. Exercer 2010 ; 91 : 52-7.

57. Jefferson T, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Jones M, Rivetti D. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 ; (3) : CD001265.

58. Jefferson T, Jones M, Doshi P, Del Mar C. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2009 ; 339 : b5106.

59. Burch J, Corbett M, Stock C et al. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 2009 Sep ; 9 (9) : 537-45.
60. La Revue Prescrire. Nouvelle grippe A H1N1 et antiviraux. *Rev. Prescrire* 2009 ;29 (309) : 529
61. La Revue Prescrire. Grippe H1N1v, ne pas trop compter sur les antiviraux. *Rev. Prescrire* 2009 ; 29 (313) : 849-50
62. La Revue Prescrire. Antiviraux et grippe H1N1v: généralisation injustifiée. *Rev. Prescrire* 2010 ; 30 (316) : 109.
63. Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de la transparence sur le Tamiflu, 16 avril 2008. [en ligne]. 2008 ; 14 p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5375_tamiflu_.pdf (consulté le 24/04/2012)
64. Cohen JM. Perception et usage des antiviraux. Journée Scientifique Nationale du Réseau des GROG (14 ; 2009 ; Paris). Disponible sur : <http://www.grog.org/documents.html> (consulté le 29/09/2011)
65. Fleming DM, Durnall H. Ten lessons for the next influenza pandemic-an English perspective : A personal reflection based on community surveillance data. *Hum Vaccin Immunother* 2012 ; 8 (1) :138-45.
66. Samara C. Grippe A(H1N1)v : Analyse critique de la gestion de la pandémie. Thèse de doctorat en pharmacie. Bordeaux : Université Bordeaux 2. 2010
67. Le Monde.fr. «L'OMS est-elle encore crédible ?». [en ligne]. Avril 2010. Disponible sur : <http://educarparaomundo.files.wordpress.com/2010/04/le-monde-24-04-2010.pdf> (consulté le 28/03/2012)
68. Ringaud M. Quels moyens utilisent les médecins généralistes du pays d'Aix pour s'informer et informer les patients ?. Thèse de doctorat en médecine générale. Marseille : Université Aix Marseille II-Faculté de médecine, 2009, 43 p. N° national de thèse : 2009AIX0983.



Seuls les questionnaires
entièrement remplis seront pris
en compte pour l'analyse !

Cher confrère (consoeur)
Le questionnaire a pour objet d'analyser les modifications de la pratique conséquentes à la pandémie de GRIPPE A H1N1v de l'hiver 2009-2010 tant sur le plan de la protection personnelle du médecin que sur le plan de l'organisation du cabinet, des modifications des habitudes de soins et d'acquisition de l'information pour guider nos pratiques.

Il ne s'agit pas de savoir si les médecins ont appliqué les recommandations dont certaines étaient plus que discutables mais d'essayer de percevoir les comportements réellement adoptés .

Ces données seront traitées de manière totalement anonymes et confidentielles .

Je vous remercie à l'avance du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire .

Respectueusement à vous.

Paul Ho

Enquête couverte par le secret statistique. Questionnaire confidentiel et facultatif. La loi n°78-617 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés garantit aux individus un droit d'accès et rectification sur les données les concernant
Pour tout contact : htpaul1@yahoo.fr

I. Caractéristiques du médecin

Age

☐ < 40 ans ☐ 40-49 ans ☐ 50- 60 ans ☐ > 60 ans

Sexe

☐ Masculin ☐ Féminin

Nombre d'année d'exercice

☐ <= 5 ans ☐ 6-10 ans ☐ >10ans

Mode d'exercice

☐ Seul ☐ En groupe

Département

☐ 27 ☐ 76

Type d'exercice

☐ Urbain ☐ Semi rural ☐ Rural

Secrétariat

☐ Aucun ☐ Téléphonique ☐ Au cabinet

Quotité du secrétariat

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

II. Protection Personnelle

Vous êtes vous fait vacciner contre la grippe H1N1 ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Pourquoi ?

- ☐ Par souci de limiter la transmission ☐ par inquiétude personnelle ? ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Autre, précisez :

Si non; pourquoi ?

- ☐ Vaccin inefface ? ☐ Crainte des effets indésirables du vaccin ? ☐ Difficultés d'accès au vaccin ? ☐ Pas d'inquiétude ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Autre, précisez :

Sauf contre indication avez vous incité votre famille à se faire vacciner ?

☐ Oui

☐ Non

Si non, pourquoi ?

- ☐ Vaccin inefface? ☐ Crainte des effets indésirables du vaccin ? ☐ Difficultés d'accès au vaccin ? ☐ Pas d'inquiétude ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Autre, préciser :

Avez vous utilisé un traitement un anti viral pour votre usage personnel ?

☐ Oui

☐ Non

AVANT LA PHASE DE VACCINATION avez vous porté un masque FFP2 ?

☐ Oui

☐ Non

Si non, pourquoi ?

☐ Jugé inefficace

☐ Difficulté
d'approvisionnement

☐ Mal toléré

☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Autre, précisez :

Si vous n'avez pas porté de masque FFP2 , avez vous porté un masque chirurgical ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui , pourquoi ?

☐ Par manque de masque
FFP2

☐ Par mauvaise tolérance
du FFP2

☐ Sentiment de rapport
efficacité/tolérance
satisfaisant

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Autre, précisez :

Si non, pourquoi ?

☐ Jugé inefficace

☐ Difficulté
d'approvisionnement

☐ Mal toléré

☐ autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Pendant l'épidémie de H1N1, vous vous lavez les mains :

☐ Entre chaque patient

☐ Après les patients suspects

☐ A quelques reprises par période de soins

Qu'avez vous utilisé pour la désinfection des mains ?

☐ Eau et savon

☐ Solution hydroalcoolique

☐ Savon antiseptique

La fréquence de lavage de mains a t-elle augmenté avec la pandémie ?

☐ Oui

☐ Non

Pendant l'épidémie, avez vous continué à serrer la main de vos patients ?

☐ Toujours

☐ Le plus souvent

☐ Moins souvent

☐ Jamais

III.Organisation Matérielle

Vous êtes vous approvisionné en masque FFP2 ?

☐ Oui

☐ Non

A combien de reprises ?

Date approximative (mm/aaaa) de la première fois

Vous êtes vous approvisionné en masques chirurgicaux ?

☐ Oui

☐ Non

A combien de reprises ?

Date approximative (mm/aaaa) de la première fois

Votre fournisseur était :

☐ Hôpital

☐ Pharmacie du
secteur

☐ Autre

☐ Non concerné

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).
La réponse est obligatoire.*

Autre, précisez :

A quelle distance (km) exercez vous du fournisseur de masques FFP2 ?

Le patient en salle d'attente pouvait il avoir accès à un masque chirurgical ?

☐ Oui

☐ Non

Le patient en salle d'attente pouvait il avoir accès à une solution hydro alcoolique ?

☐ Oui

☐ Non

La salle d'attente a t-elle été réaménagée ?(enlèvements des objets non indispensables)

☐ Oui

☐ Non

Au cabinet avez vous aéré les locaux ?

☐ Pluri quotidiennement

☐ Quotidiennement

☐ Quelquesfois

☐ Jamais

Au cabinet, avez vous désinfecté les surfaces de travail ?

☐ Après chaque patient grippé

☐ Pluri quotidiennement

☐ Quotidiennement

☐ Quelquesfois

Quel produit avez vous alors utilisé ?

Au cabinet avez vous désinfecté les clenches de porte ?

☐ Après chaque patient grippé

☐ Pluri quotidiennement

☐ Quotidiennement

☐ Quelquesfois

☐ Jamais

De façon générale, avez vous eu le sentiment que l'épidémie H1N1v vous a conduit à modifier vos pratiques sur le plan de l'hygiène au cabinet?

☐ Oui

☐ Non

IV.Organisation des soins

Avez vous organisé des plages de consultations spécifiques pour les cas suspects ?

☐ Oui

☐ Non

Quelle était la compliance des patients à cette mesure ?

☐ Très bonne

☐ Plutôt bonne

☐ Plutôt mauvaise

☐ Très mauvaise

Avez vous pu isoler les cas suspects de la salle d'attente ?

☐ Oui

☐ Non

Quelle était la compliance des patients à cette mesure ?

☐ Très bonne

☐ Plutôt bonne

☐ Plutôt mauvaise

☐ Très mauvaise

Avez vous proposé aux patients suspects de porter des masques ?

☐ Oui

☐ Non

Quelle était la compliance des patients à cette mesure ?

☐ Très bonne

☐ Plutôt bonne

☐ Plutôt mauvaise

☐ Très mauvaise

Avez vous donné la priorité aux visites à domicile des cas suspects ?

☐ Oui

☐ Non

Quelle était la compliance des patients à cette mesure ?

☐ Très bonne

☐ Plutôt bonne

☐ Plutôt mauvaise

☐ Très mauvaise

Le plus souvent , dans quel délai pouviez vous recevoir les cas suspects ?

☐ Dans la demi journée

☐ Dans la journée

☐ Dans les 24h

☐ > 24h

Avez vous été amené à prendre plus souvent la température de vos patients ?

☐ Oui

☐ Non

En CURATIF: Dans ce contexte de H1N1, avez vous prescrit des antiviraux dans les cas suivants ?

	Cas non rencontré	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Patient suspect simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient suspect avec signe clinique de gravité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient suspect sans signe de gravité mais jugé à risque évolutif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GROUPE N°2

	Cas non rencontré	Inopportun	Plutôt inopportun	Opportun	Très opportun
Patient suspect simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient suspect avec signe clinique de gravité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient suspect sans signe de gravité mais jugé à risque évolutif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GROUPE N°#

	Cas non rencontré	Jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours
Femme enceinte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nourrisson ou enfant de bas âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre patient jugé à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En PROPHYLAXIE: Dans ce contexte de H1N1, donnez votre avis personnel sur la pertinence de prescrire des antiviraux dans les cas suivants :

	Cas non rencontré	Inopportun	Plutôt inopportun	Opportun	Très opportun
Femme enceinte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nourrisson ou enfant en bas âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre patient jugé à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V.Information des soignants

Avez vous bénéficié d'une FMC sur la grippe H1N1 ?

☐ Oui

☐ Non

Qu'avez vous pensé du site sante.gouv.fr ?

☐ Je n'ai pas
consulté le site

☐ Mauvais

☐ Passable

☐ Bon

☐ Excellent

Quelles autres sources d'information vous semblaient pertinentes de par leur qualité et leur intérêt sur le H1N1v ?(autres sites internet; presse médicale ; presse écrite, radio, TV...)

A titre personnel, vous êtes vous senti bien préparé à la pandémie ?

☐ Pas du tout ☐ Plutôt non ☐ Plutôt oui ☐ Absolument

RESUME

En 2009 la France a déclenché son plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale A/H1N1v. Nous nous sommes intéressés aux modifications de pratiques mises en œuvre par les médecins généralistes (MG) pendant la crise sanitaire.

Méthode : Étude rétrospective déclarative par questionnaire auprès de 89 médecins généralistes en région Haute-Normandie.

Résultats : 2/3 des médecins se sont vaccinés. $\frac{3}{4}$ des MG se lavaient les mains après chaque patient, l'aération du cabinet était au moins quotidienne pour 84,3% des MG, ils n'étaient plus que 2/3 à désinfecter au moins une fois/jour les surfaces de travail. Moins d'un quart des MG ont porté un masque principalement du fait de l'inconfort et du peu de gravité de la grippe. Les patients suspects de grippe, vus à plus de 90% dans les 12h suivant l'appel, n'étaient accueillis sur des temps dédiés que dans 13% des cas (mauvaise compliance des patients), isolés en salle d'attente dans 1/3 des cas et se voyaient proposer un masque dans 84% des cas en consultation. Les antiviraux ont été dans l'ensemble peu prescrits en particulier en situation prophylactique. 2/3 des MG ont participé à une formation A/H1N1. L'exercice en groupe a significativement favorisé le port du masque FFP2, l'accès aux masques en salle d'attente pour le patient et l'isolement des cas grippés en salle d'attente. La présence d'une secrétaire a facilité de façon significative l'accès au masque et à une solution hydro alcoolique pour le patient en salle d'attente, et a semblé améliorer l'hygiène du cabinet (aération-désinfection). La participation à la formation A/H1N1 n'a pas semblé avoir d'impact.

Discussion/ conclusion : Les médecins généralistes hauts normands se sont appropriés de façon modeste les mesures barrières avec cette grippe A/H1N1v s'avérant bénigne. Pour se préparer à la prochaine crise pandémique grippale, le regroupement des médecins et la présence de personnels dans les cabinets semblent être les principaux moteurs de l'application des mesures barrières et devraient être soutenus. La formation pourrait être ciblée et les recommandations ministérielles devraient s'établir en collaboration avec les représentants de la médecine générale.

Mots clés : grippe AH1N1v, médecin généraliste, mesures barrières, organisation des soins